

THÈSE

179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

René BADER

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

Contribution à l'étude

DES

DERMATOSES LINÉAIRES

(Clinique et Pathogénie)

Président : M. le Professeur WIDAL

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). == PARIS
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	{ HAYEM
	{ GILBERT
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants	{ GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	{ PIERRE DELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	{ ALBARRAN
	{ BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNE
Clinique gynécologique	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique	{ A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE
LE DOCTEUR LION
*Hommage très respectueux de ma sincère affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES, DANS LES HOPITAUX

STAGE :

Monsieur le Professeur WIDAL
Médecin de l'Hôpital Cochin.

M. le Professeur LE DENTU
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

EXTERNAT :

M. le Docteur APPERT
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le Professeur agrégé RICARD
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. le Docteur LION
Médecin de l'Hôpital La Pitié.

M. le Docteur BALZER
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le Professeur agrégé DEMOLIN
Accoucheur de l'Hôpital Ténon.

A M. le Docteur RENÉ MARIE
Médecin de l'Hospice de Brévannes.

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE

MM. les Docteurs I. DE JONG, ESCHBACH,
MOREAU, CARTON.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

On dit qu'une dermatose affecte la « disposition linéaire » toutes les fois que les éléments qui la constituent, s'unissent de façon à former des traînées ou bandes étroites continues ou n'offrant que de courtes interruptions et dont la largeur varie de quelques millimètres à deux centimètres au plus. Aux dermatoses qui affectent cette disposition, on donne le nom de « dermatoses linéaires ».

La disposition linéaire ou en traînée linéaire ne constitue qu'un mode particulier de distribution et peut être affectée par des dermatoses variées. Elle l'est assez souvent par les *nævi* et surtout les *nævi hératosiques* ; on la trouve quelquefois dans le *lichen* et la *névrodermite chronique circonscrite* ; elle constitue une forme relativement fréquente de la *sclérodermie* ; elle existe, mais

beaucoup plus rarement, dans l'*eczéma* et le *psoriasis*.

Lorsqu'elles affectent cette disposition, les dermatoses peuvent se présenter avec les caractères propres d'une éruption bien définie. Il arrive assez souvent pourtant, qu'elles ne peuvent être étiquetées d'une manière précise ; ainsi le prouvent les noms de « trophonévrose lichénoïde en bandes linéaires — d'eczéma lichénoïde linéaire — de dermatose lichénoïde ou nævi-forme linéaire » attribués à certains cas de dermatoses linéaires et montrent l'incertitude des auteurs sur la nature exacte de ces affections. Il s'agit dans ces cas soit d'une éruption mixte, soit d'une modification dans l'élément éruptif type de la maladie, du fait peut-être de la disposition linéaire et se rapportant à la cause même de cette disposition.

Quoi qu'il en soit, les dermatoses linéaires s'orientent, d'une façon générale, toujours de la même manière dans une région déterminée ; elles sont longitudinales sur les membres, transversales ou obliques sur chaque moitié du tronc, verticales sur la ligne médiane. Il ne semble pas que ce soit là pur effet du hasard et, pour expliquer la disposition en trainées linéaires, divers modes de théories ont été invoqués ; certains auteurs incriminent un trouble de la circulation sanguine ou lymphatique ; d'autres la rattachent à une influence nerveuse ; quelques-uns voient une coïncidence assez nette entre la disposition de certaines trainées et la direction des lignes d'implantation des poils ; certains enfin en recherchent la raison dans un trouble du développement.

Il résulte de cet aperçu qu'un double intérêt clinique et pathogénique s'attache à la disposition en traînées linéaires des dermatoses.

Il nous a été donné d'observer deux cas de nævi linéaires hyperkératosiques ; l'un de ces cas nous a paru digne d'intérêt par le nombre multiple des traînées, leur disposition bilatérale et la présence d'une symétrie à peu près parfaite pour quelques-unes d'entre-elles ; l'autre n'offre qu'une seule traînée nævique, mais il est intéressant par la localisation de cette traînée sur la ligne médiane antérieure de l'un des membres inférieurs, ce qui est une localisation rare, et sa coïncidence rigoureuse avec une ligne de Voigt sur la plus grande partie de son étendue. En outre, alors que nous étions externe de M. Balzer, il nous a été possible d'examiner deux malades atteints de lichen linéaire, dont les observations ont déjà fait l'objet d'une publication de la part de MM. Balzer et Guéniot. Ces faits nous ont engagé, quoique la disposition en traînées linéaires des dermatoses ne soit pas une question nouvelle, à contribuer par ce court travail à son étude. Nous avons, dans une première partie, exposé, en plus de nos deux observations de nævi, les observations les plus intéressantes des diverses variétés de dermatoses linéaires qu'il nous a été possible de recueillir parmi les publications de ces dernières années. Dans la seconde partie, nous avons montré les points sur lesquels devait particulièrement s'appuyer le diagnostic de ces affections. — Dans une troisième partie enfin, nous avons essayé d'établir la va-

leur respective des diverses théories, jusqu'alors émises, pour expliquer la disposition en traînées linéaires des dermatoses.

Nous adressons à M. le docteur Balzer, médecin de l'hôpital St-Louis, qui nous conseilla le choix de ce sujet, l'expression de notre plus vive reconnaissance.

OBSERVATIONS

I Nœvi linéaires

Dans la grande classe des nœvi, la disposition linéaire est affectée surtout par les nœvi hyperkératosiques ou verruqueux durs; elle l'est aussi, mais beaucoup plus rarement, par les nœvi pigmentaires et verruqueux mous; dans certains cas, il s'agit de nœvi linéaires mixtes. Voici quelques exemples de nœvi linéaires.

Observation I (personnelle).

Nœvi linéaires hyperkératosiques à trainées multiples, occupant les deux moitiés du corps et offrant dans certaines régions une symétrie assez nette. (*Malade du service de M. Balzer, Hôpital St-Louis, nov. 1910*).

Raymonde X... est âgée de 11 ans. Bien développée pour son âge, intelligente, elle ne présente aucune tare nerveuse, et on ne retrouve dans ses antécédents qu'une coqueluche à l'âge de 9 ans. Ses parents se portent bien. Elle a deux frères de 7 et de 4 ans, deux sœurs ayant respectivement 2 ans et 1 mois, tous bien portants, sans malformation d'aucune sorte.

Sa surface tégumentaire est couverte d'éléments dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes, leur saillie, à peine marquée par places, atteint ailleurs plus de trois millimètres. Ils sont limités par des bords irréguliers et reposent sur une base non indurée ; leur consistance est dure, parfois cornée ; leur surface est aplatie, sèche et rugueuse ; leur coloration varie de celle de la peau normale au jaune grisâtre ou au brun noirâtre. Ils ne sont le siège d'aucune douleur, d'aucune démangeaison. Ils sont groupés pour former des surfaces verruqueuses plus ou moins régulières et des traînées dont la largeur varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Ils existaient à la naissance ; avec l'âge ils sont devenus plus volumineux et plus pigmentés ; apparemment leur nombre aurait peu augmenté. Ils sont distribués de la façon suivante :

Tête. — Sur le cuir chevelu, il n'existe que quelques nævi disséminés, grisâtres, de la grosseur d'un grain de chénevis à celle d'une lentille. Sur le front on constate deux petits placards ayant chacun les dimensions d'une pièce de un franc et situés à la limite des cheveux, l'un sur la ligne médiane, l'autre au-dessus de la bosse frontale droite.

Cou. — Une vaste nappe verruqueuse recouvre le cou dans presque toute son étendue ; elle remonte en avant jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur qu'elle déborde même un peu, et dépasse en arrière la limite des cheveux ; elle descend jusqu'aux clavicules et s'étend sur la face supérieure des épaules. En avant, cependant, existe un triangle de peau à peu près saine, ayant

comme base la fourchette sternale et comme sommet l'angle inférieur du cartilage thyroïde. Dans ce triangle on n'aperçoit que quelques nævi petits, à peine pigmentés, disposés sans ordre. Les verrucosités qui composent la nappe ont comme dimensions moyennes celles d'une lentille et sont colorées en gris-brunâtre : elles sont condensées, séparées par des sillons étroits et rosés. On n'y peut trouver aucune trace de disposition linéaire.

Tronc. — Parallèlement à la clavicule gauche, à un centimètre au-dessous d'elle, chemine une trainée large de un à deux millimètres, peu saillante, à peine pigmentée, s'étendant depuis un peu en dedans de la ligne mamelonnaire jusqu'au voisinage de la tête humérale. Un peu au-dessous de cette ligne, et dirigée dans le même sens, s'en trouve une autre moins nette et moins longue. Du même côté de la poitrine prend naissance, à un centimètre en dedans du mamelon gauche et sur la même ligne horizontale, une trainée verruqueuse qui se porte en bas et en dedans vers l'appendice xiphoïde, un peu en dehors, duquel elle se termine. D'une largeur de 2 millim., elle est formée d'éléments isolés, espacés, peu saillants, blanc-grisâtres.

Cette dernière strie verruqueuse n'existe pas du côté droit. Par contre, entre la clavicule et le mamelon droits se trouve une trainée rappelant, par sa direction et sa situation, les deux lignes que nous avons vues dans la même région du côté gauche. Commencant un peu en dedans de la ligne mamelonnaire, elle se porte parallèlement à la clavicule, à deux centimètres au-dessous d'elle jusqu'au bord inférieur de l'aisselle, où elle se perd dans une nappe verruqueuse. Sa largeur est de 6 à 7 millim. ; éléments peu pigmentés, à peine saillants.

Indépendamment des lignes verruqueuses ci-dessus décrites, se trouvent sur la face antérieure de la poitrine des verrucosités isolées, des taches pigmentaires gris-brunâtres disséminées sans ordre.

Le thorax est entouré à sa partie inférieure d'une bande verruqueuse à peu près complète dont les moitiés droite et gauche sont sensiblement symétriques. La moitié droite prend naissance à deux travers de doigt de la ligne médiane postérieure, en regard des 9^e et 10^e vertèbres dorsales. Elle chemine d'abord transversalement en dehors jusqu'au niveau de la ligne scapulaire ; elle se porte alors en bas et dehors, puis en haut et en avant, pour reprendre ensuite son trajet horizontal ; elle décrit ainsi sur le flanc droit un angle de 60° environ, ouvert en haut, et dont le sommet répond à la ligne axillaire et descend jusqu'à trois travers de doigt de la crête iliaque. Ayant atteint la ligne mamelonnaire à 4 travers de doigt au-dessous du mamelon, elle s'épanouit ; la partie supérieure continue sa route horizontale vers le creux épigastrique jusqu'à la ligne médiane, qu'elle ne dépasse pas ; la partie inférieure apparaît formée d'une série de lignes obliques en bas et en dedans qui se portent en divergeant vers l'ombilic et la région sous-ombilicale, sans atteindre toute fois la ligne blanche dont elles restent séparées par une distance de 1 à 3 centim. Cette bande en demi-ceinture a depuis sa naissance jusqu'au point où elle s'épanouit, une largeur de 2 à 2 cm. 1/2 ; elle est formée de verrucosités brun-grisâtres, très rugueuses, saillantes de 2 à 3 mm., ayant par places les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; les lignes qui résultent de son épanouissement sont d'une largeur de 1 à 2 mm., à peine saillantes, peu pigmentées, souvent interrompues ; les espaces qui les séparent présentent çà et là des verrucosités et des taches pigmentaires ; il semble qu'elles aient été produites par un pinceau mal imprégné de peinture gris-brunâtre.

La moitié gauche de la ceinture verruqueuse, qui entoure le thorax à sa base, commence par un placard verruqueux de la largeur d'une paume de main en regard des 11^e et 12^e vertèbres dorsales, à la limite même de la ligne médiane postérieure. Large de 3 centimètres, plus saillante, plus pigmentée, un peu

plus bas située que la bande droite, elle se porte en bas et en dehors jusqu'au niveau de la ligne axillaire qu'elle atteint à 3 cent. de la crête iliaque ; changeant alors de direction, elle chemine en haut et en avant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon. Elle s'épanouit à ce niveau en un vaste placard triangulaire dont le côté supérieur horizontal aboutit à la ligne médiane un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde, le côté inférieur oblique en bas et en dedans aboutit à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et le côté interne côtoie la ligne blanche. Il n'est pas possible de retrouver dans ce triangle verruqueux les trainées linéaires qui apparaissent si nettes dans la surface d'épanouissement de la bande droite.

La ligne médiane antérieure est occupée par une trainée verruqueuse remarquablement nette. Prenant naissance immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, elle descend un peu à gauche de la ligne médiane en décrivant une légère courbe à concavité interne, longe le bord gauche de l'ombilic et répond plus bas rigoureusement à la ligne blanche. Cette trainée, large de 5 à 3 m/m. saillante de 1 à 2 m/m. paraît nettement indépendante, tout au moins dans sa partie inférieure, des autres stries et surface que nous avons étudiées plus haut. Deux autres lignes verruqueuses accompagnent cette trainée principale ; l'une d'elles, commençant à deux travers de doigt au-dessus du pubis, la longe parallèlement à gauche, et se continuant sur la grande lèvre gauche va rejoindre un placard périnéal et interfessier ; l'autre naît à trois travers de doigt au-dessus du pubis, la longe parallèlement à droite et va se perdre sur la moitié antérieure de la grande lèvre droite.

En plus des deux bandes transversales que nous y avons vu naître précédemment, le dos présente d'autres stries et surfaces verruqueuses. Sur la moitié droite, partant de la ligne médiane postérieure, au niveau des 4^e et 5^e vertèbres dorsales, deux stries qui, obliques en haut et en dedans, croisent la 3^e et la 4^e

côtes et vont se perdre dans une nappe verruqueuse qui recouvre la région sus-épineuse ; leur longueur est de 7 à 8 centim. ; leur largeur de 5 à 8 millim. Deux stries à peu près symétriques aux précédentes cheminent sur la moitié gauche du tronc ; elles sont cependant moins obliques et se perdent plus vite dans une surface verruqueuse qui recouvre la région scapulaire gauche.

Les régions lombaires droite et gauche présentent quelques surfaces verruqueuses irrégulières, assez symétriques, dont les dimensions varient de celles d'une pièce de 1 fr. à celles d'une pièce de 5 fr. Un placard de la largeur d'une paume de main surplombe le sillon interfessier.

Sur la face latérale droite du thorax deux lignes verruqueuses horizontales croisent par leur milieu la ligne axillaire ; leur longueur est de 8 centim. environ ; leur largeur de 1 centim. ; la supérieure est à 4 centim. de l'aisselle ; la seconde à 2 centim. au-dessous de la première.

Membre supérieur droit. — Le creux de l'aisselle droit est occupé par un placard verruqueux, où les éléments apparaissent plus pigmentés, plus mous, moins rugueux. De la partie antérieure de ce placard naît une bande qui descend presque verticalement sur la face interne du bras, longe le bord interne du coude, puis la face antéro-interne de l'avant-bras. Un peu au-dessus du poignet, elle oblique en avant et en dehors et va rejoindre au-dessus du pouce une bande que nous verrons cheminer à la face externe. Au poignet, il se détache de son bord inférieur une trainée verruqueuse peu saillante qui suit l'axe médian de la main et se termine un peu au-dessus du médus. L'aspect de cette bande varie suivant les régions ; au bras, sa largeur est de 5 à 6 cent. les éléments verruqueux y sont assez saillants, nombreux, pigmentés en gris, brunâtre ; ils diminuent de nombre et de volume vers la partie inférieure du bras, de sorte qu'au coude la largeur de la bande n'est que de 7 à 8 milli-

mètres ; à l'avant-bras, elle s'élargit à nouveau, atteignant un centim. : mais les verrucosités restent peu saillantes, peu nombreuses, et, sur une longueur de 2 cent. au tiers moyen de l'avant-bras, la bande n'est que pigmentaire ; au poignet, elles sont plus grosses, plus dures, presque cornées.

Du placard verruqueux que nous avons vu occuper la région sus-épineuse droite naissent trois lignes verruqueuses qui contourment la face postérieure de l'épaule et descendent parallèlement sur la face externe du bras : la largeur de chacune est de 7 à 8 m m ; elles sont séparées l'une de l'autre par une espace de quelques millimètres ; les éléments qui les constituent sont peu saillants, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet, blanc-grisâtres. Vers le tiers moyen du bras, ces trois lignes se réunissent formant une bande qui descend vers le coude, s'élargissant peu à peu, de sorte qu'elle recouvre non-seulement le bord externe, mais une partie des faces antérieure et postérieure du coude ; pendant ce trajet les verrucosités sont plus grosses, plus rugueuses, plus serrées. Au-dessus du coude, la bande se divise en deux trainées larges chacune de 8 millimètres environ et espacées l'une de l'autre de 1 centimètre. Elles longent le bord externe de l'avant-bras et se réunissent sur le côté externe du poignet où les rejoint la bande que nous avons vu descendre sur le bord interne de l'avant-bras. Elles forment là un placard allongé, composé d'éléments saillants, gris-brunâtre, du volume d'une lentille, très compactes. Il s'en échappe deux trainées : l'une très rugueuse longe le bord externe du pouce et se termine au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, l'autre atteint l'extrémité du premier espace intermétacarpien où elle se divise : une ligne verruqueuse longe le bord interne du pouce et se termine en arrière de l'ongle, une autre recouvre la face dorsale de l'index et se termine sur la phalange ; les éléments y sont très saillants et rugueux, du volume d'une lentille, gris-brunâtres.

Membre supérieur gauche. — D'une nappe verruqueuse recouvrant la face antéro-supérieure de l'épaule gauche se détache toute une série de lignes plus ou moins longues, d'une largeur variant de un millimètre à 7 et 8 millimètres, constituant par leur ensemble une bande large de 5 à 6 centimètres qui descend à la face antérieure du bras. Cette bande s'élargit au coude dont elle recouvre presque toute la face antérieure ; elle perd à ce niveau son aspect strié, grâce à la condensation des éléments verruqueux ; elle longe ensuite la face antérieure de l'avant-bras, obliquant légèrement en dehors pour se terminer sur le côté externe du poignet ; à partir du coude, elle se rétrécit peu à peu et n'a plus au poignet qu'un centimètre de large,

D'une nappe verruqueuse occupant toute l'aisselle naît une bande qui, oblique en bas et en arrière croise la face interne et la face postérieure du bras pour atteindre le sommet du coude ; sa largeur est au début de 2 centimètres ; elle s'amincit vers le tiers inférieur du bras au point de ne plus former qu'une strie pigmentaire ; mais au coude elle est représentée par un placard de la largeur d'une pièce de deux francs. De là, elle se dirige en bas et en dehors, croisant obliquement la face dorsale de l'avant-bras, et se termine sur la partie externe de la face dorsale du poignet.

Indépendante des deux bandes précédentes, mais le rejoignant sur le bord externe du poignet, descend à la face externe de l'avant-bras une bande, interrompue par places, large de 1 c. environ, qui prend naissance à l'épicondyle ; au-delà du poignet, elle se continue, étroite mais saillante sur la face dorsale du pouce.

En outre, une traînée verruqueuse naît sur le bord interne du poignet, longe le bord interne de la main et de l'auriculaire qu'elle parcourt dans toute son étendue ; deux autres traînées longent la face dorsale et le bord externe du même doigt.

Deux fines traînées verruqueuses recouvrent la face interne et

la face dorsale de l'annulaire ; une autre, la face externe du médius.

Enfin sur la face dorsale de l'index chemine une tranchée fort saillante qui remonte jusqu'au poignet où elle semble se détacher de la bande dorsale de l'avant-bras.

Membre inférieur gauche. -- Un gros placard verruqueux recouvre toute la moitié interne de la fesse gauche. Il se continue en haut avec le placard qui surplombe le sillon interfessier ; il est limité en bas par le pli fessier ; s'étend en dehors jusqu'à la partie la plus saillante de la fesse, atteint en dedans le sillon interfessier et le périnée, et se continue en ces points avec un placard moins étendu, mais disposé d'une façon semblable sur la partie interne de la fesse droite. Les éléments verruqueux, au niveau de ce placard ont des dimensions variant de la surface d'une lentille à celle d'une pièce de un franc, font une saillie de 1 à 3 mm. ; leur surface est rugueuse, très sèche, de coloration brunâtre.

A la partie antérieure du bord inférieur de ce placard, par conséquent à la partie supérieure de la face interne de la cuisse, prend naissance une bande qui descend verticalement d'abord, puis obliquement en bas et en arrière, de façon à atteindre le creux poplité dont elle recouvre le tiers interne. Elle descend alors le long de la face interne de la jambe, décrivant une légère courbe à concavité antérieure ; passe derrière la malléole interne, longe ensuite le bord interne du pied et se termine à la base du premier orteil. Au niveau du genou s'est détachée de cette bande principale une autre bande qui formée d'éléments disséminés, contourne la tubérosité tibiale et se termine insensiblement sur le tiers supérieur de la face antérieure de la jambe. En arrière de la malléole interne une fine ligne peu verruqueuse, surtout pigmentaire se détache aussi de la bande principale : contournant le bord interne du pied, elle se porte en bas, en avant et en dehors, gagne le milieu de la face plantaire et se termine insensiblement en arrière du troisième orteil.

Cette longue bande ne présente pas la même largeur ni le même aspect dans toute son étendue. A la cuisse, sa largeur est d'environ 4 cm. Il est assez facile de distinguer dans cette première partie de son trajet trois lignes parallèles formées d'éléments plus saillants, plus colorés ; elles sont réunies l'une à l'autre par des éléments moins développés. Au genou, il n'est pas possible de distinguer de lignes secondaires ; les nœvis, très rugueux, larges, saillants forment à ce niveau un placard qui recouvre le tiers interne du creux poplité et une partie de la face interne du genou. A partir du genou la bande reste simple et diminue de largeur en même temps que ses éléments deviennent plus clairsemés, moins saillants, moins rugueux, moins pigmentés ; en arrière de la malléole, elle n'a plus qu'un centim ; le long du bord interne du pied, sa largeur n'est plus que de 5 mm., mais les verrucosités se sont condensées à nouveau et forment une ligne gris brunâtre, sans discontinuité, saillants de 2 mm. environ.

Une autre bande chemine à la face externe du membre inférieur gauche. Commencant au-dessus et en dehors du placard fessier, dont elle est séparée par un sillon de peau saine de 1 cent. environ de largeur, elle se dirige en bas, en avant et en dehors, décrivant une courbe à concavité antéro-externe, et atteint la tête péronière ; elle chemine alors en bas et en arrière jusqu'au tiers moyen de la face postérieure de la jambe ; changeant à nouveau de direction et décrivant une courbe à concavité antérieure elle se porte en bas et en avant, et gagne la face antérieure du cou de pied. A ce niveau, elle se divise en deux lignes secondaires : l'une longe le premier métatarsien et gagne le premier orteil dont elle recouvre la face dorsale de la première phalange. l'autre longe le deuxième espace intermétatarsien, à la partie antérieure duquel elle se renfle en un placard saillant de la largeur d'une pièce de 5 francs et d'où s'échappent deux autres branches ; l'une recouvre toute la face interne et

une partie de la face dorsale du deuxième orteil. Une trainée verruqueuse indépendante des précédentes recouvre aussi la face dorsale des deux premières phalanges du quatrième orteil.

L'aspect de cette bande varie suivant les régions. D'une largeur de 2 centimètres environ et formée d'éléments compacts, saillants, très pigmentés à son extrémité supérieure, elle s'étale à la partie moyenne de la cuisse et ses éléments sont alors plus disséminés, moins nets, d'une coloration rappelant celle de la peau normale. Étroite et saillante au niveau de la tête péronière elle s'étale de nouveau plus bas, de telle sorte que la face externe de la jambe est recouverte, dans presque toute sa largeur d'éléments disséminés dans sa partie supérieure, plus nombreux, plus compacts, plus foncés dans son tiers inférieur ; les trainées qui vont aux orteils sont étroites, d'une largeur de 5 millimètres environ, saillantes de 1 à 2 millimètres.

Une troisième bande, indépendante des deux précédentes, est limitée à la cuisse. Prenant naissance à la partie supérieure de sa face externe, et formée à ce niveau d'éléments disséminés, à peine saillants et peu pigmentés, elle se porte en bas et en avant, s'épaississant et devenant plus pigmentée à mesure qu'elle descend ; elle se termine un peu au-dessus de la rotule ; sa largeur est de 3 centim. environ dans sa partie supérieure, de 2 centim. dans sa partie inférieure.

Signalons encore sur la face externe de la fesse, en dehors du placard fessier, deux trainées parallèles obliques en bas et en avant, longues de 10 centim. environ, larges de 1 centim. et peu saillantes, grisâtres.

Membre inférieur droit. — Il existe à la face interne de la fesse droite un placard verruqueux à peu près semblable à celui que nous avons décrit à la face interne de la fesse gauche. Toutefois, il s'étend moins en dehors et ses éléments sont moins saillants, moins compacts, moins rugueux, moins pigmentés.

De la partie antérieure du bord inférieur de ce placard, c'est-

à-dire de la partie supérieure de la face interne de la cuisse descendent trois lignes parallèles ; chaque ligne verruqueuse est large de 3 à 5 millim., saillante de 1 à 3 millim. ; la peau qui les sépare est verruqueuse par places, simplement pigmentée ailleurs, de sorte que ces trois lignes peuvent être considérées comme formant une large bande. Nous avons vu la même disposition du côté gauche ; mais à droite les traînées sont beaucoup plus nettes et restent distinctes sur toute l'étendue du membre, ce qui n'existe pas à gauche. Elles se portent tout d'abord en bas et en arrière, puis en bas et en avant, décrivant ainsi une courbe à concavité antéro-interne, et gagnent la face interne du genou. A la partie supérieure de la face interne de la jambe, elles semblent avoir disparu, et on ne constate à ce niveau que quelques rares éléments peu saillants et d'une coloration se distinguant à peine de celle de la peau normale. Mais au tiers inférieur, on les voit réparaître et on peut se rendre compte qu'elles sont dans le même ordre et dans la même direction que plus haut ; l'antérieure aboutit au bord supérieur de la malléole interne ; la médiane se termine dans la gouttière rétromalléolaire, l'autre s'épanouit en un vaste placard irrégulier qui couvre toute la partie inférieure du tendon d'Achille.

A la partie supérieure et externe du placard fessier naît une deuxième bande. D'abord dirigée en avant, elle se porte bientôt en arrière, décrivant ainsi une courbe à convexité antérieure ; elle croise le grand trochanter et atteint le milieu de la face postérieure de la cuisse. Changeant de nouveau de direction elle gagne le côté antéro-externe du genou. La largeur de cette bande varie de 2 à 3 centimètres ; nette et formée d'éléments saillants à la fesse et au niveau du genou, elle est moins bien dessinée à la partie médiane de la cuisse et moins nettement verruqueuses. Par un placard mal limité, formée d'éléments disséminés recouvrant presque toute la largeur de la face antéro-externe de la jambe, elle atteint la face antérieure du cou-

de pied, où elle est composée d'excroissances plus dures, plus foncées, plus condensées et où elle n'occupe qu'une largeur de 2 centimètres environ. Un peu au-dessous de cette région elle se divise en deux lignes secondaires : l'une large de 1 centimètre longe le bord interne du pied et du premier orteil, l'autre gagne la partie antérieure du premier espace intermétatarsien où elle se bifurque : l'une des branches recouvre la moitié externe de la face dorsale du premier orteil, l'autre la moitié interne de la face dorsale du deuxième orteil.

En dehors de ces traînées, à la partie antérieure de la face dorsale du pied se trouve un placard verruqueux, long de 2 cm. large de 1 cm. formé d'éléments gris-brunâtres, du volume d'une lentille, saillants de 7 à 8 m m ; de son extrémité antérieure s'échappent trois lignes verruqueuses qui gagnent réciproquement les faces dorsales des 5^e, 4^e et 3^e orteils.

Il existe en outre à la face antérieure de la cuisse quelques éléments isolés sans disposition linéaire nette.

En résumé : Nœvi hyperkératosiques en traînées linéaires avec quelques surfaces verruqueuses irrégulières et d'étendue variable. Cette observation est intéressante par le grand nombre des traînées occupant d'une façon à peu près symétrique les deux moitiés du corps. A remarquer qu'aucune d'elles ne franchit ni la ligne médiane antérieure, ni la ligne médiane postérieure du tronc.

Observation II PAUL STRASSER.

Nœvi kératosiques linéaires systématisés

(Archiv für dermatologie und syphilis, 1903, p. 21)

Petite fille, âgée de 5 ans, ne présentait à la naissance aucune difformité de la peau. Fut pendant 6 mois nourrie au sein, et

pendant ce temps se développa d'une façon régulière. A l'âge de 7 mois, au moment du sevrage, est apparu sur le cuir chevelu un eczéma humide qui disparut 3 mois après, environ, ne laissant à sa place qu'une surface desquamante. Vers la même époque se dessinait rapidement sur la peau l'affection particulière dont il va être question, et qui depuis n'a subi d'autre modification qu'une variation dans l'intensité de la pigmentation.

Elle se présente sous forme de trainées linéaires, occupant la moitié gauche du tronc, le bras et la jambe gauches; à la tête, l'affection est bilatérale et par place rigoureusement symétrique. En plus des trainées il existe çà et là des surfaces de forme irrégulière. Ces surfaces et les trainées linéaires sont composées de verrucosités ayant pour la plupart le volume d'un grain de millet : quelques-unes sont plus grosses et atteignent le volume d'une lentille : leur coloration varie de celle de la peau normale au brun noirâtre : la surface en est sèche et rugueuse, la consistance dure, plus ou moins cornée. Elles sont plus ou moins confluentes. Entre les régions atteintes la peau a conservé son aspect normal.

L'affection est distribuée de la façon suivante :

Tête. — Partant de l'occiput où elles sont réunies, deux bandes larges de 2 cm. se dirigent, en s'écartant l'une de l'autre, vers l'angle externe des yeux. Symétriquement placées, elles forment par leur réunion un arc en fer à cheval ouvert en avant, et se terminent à gauche à la limite des cheveux, à droite un peu plus en arrière. De l'occiput, se détachent deux autres bandes, formant un arc ouvert en bas et en arrière et adossé par son sommet à l'arc précédent. Rigoureusement symétriques, elles se portent d'abord en bas et en dehors, passent en arrière des oreilles, deviennent ensuite verticales et se terminent à la partie supérieure de la face dorsale du cou. Du bord externe de ces deux bandes se détachent, un peu au-dessus de la limite des cheveux, deux traits plus étroits qui se portent en bas et en dehors

et se terminent un peu plus bas que les bandes principales. Les verrucosités dont se composent les trainées du cuir chevelu ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle, et sont très confluentes ; les cheveux longs et bruns parailleurs sont ici remplacés par un duvet clairsemé, pâle et très fin.

De l'angle interne de l'œil gauche part une trainée sinueuse en forme d'S qui oblique en haut et légèrement en dehors, se termine un peu au-dessous de la limite antérieure des cheveux. Il est formé de verrucosités molles, à peine pigmentées, de la grosseur d'un grain de blé.

Une autre ligne, encore moins pigmentée, prend naissance à la commissure buccale droite ; oblique en bas et en dehors, elle décrit une courbe légèrement convexe en haut et en arrière ; sa longueur est de 3 cm. Il existe enfin, un peu en dehors de la commissure buccale gauche, un papillome rosé de la grosseur d'un pois.

Cou. -- Sur le côté gauche du cou se trouvent deux bandes : L'une d'elles, large de 2 cm. commence vers le milieu du bord antérieur du S. Cl. Mastoïdien, se porte horizontalement en avant et atteint la ligne médiane antérieure, qu'elle ne dépasse pas. L'autre, large d'un demi cent., prend naissance à la partie supérieure de la ligne médiane antérieure, chemine parallèlement au bord inférieur du Maxillaire inférieur et se termine après un trajet de 6 cm. La première de ces bandes est formée de verrucosités très pigmentées, légèrement cornées et saillantes ; la seconde est moins pigmentée et moins en relief. Aucune trainée équivalente n'existe sur le côté droit du cou.

Tronc. -- Sur la moitié gauche du tronc, on distingue plusieurs bandes. L'une d'entre elles prend naissance en regard de l'appendice xiphoïde, un peu à gauche de la ligne médiane ; oblique en haut et en dehors, décrivant un arc concave en bas, elle passe au-dessus du sein, croise la face antérieure de l'épaule et descend sur le côté interne du bras gauche. D'abord étroite,

elle s'élargit ensuite ; sa largeur maxima est de 5 cm. environ. Les éléments qui la composent ont le volume d'un grain de millet et se réunissent par groupes que séparent des espaces plus ou moins grands de peau saine ; ils sont légèrement cornés ; la pigmentation peu marquée à la poitrine s'accroît et devient brunâtre au bras.

Au-dessus de cette bande il n'existe que de rares éléments verruqueux disséminés.

Au-dessous d'elle se dessinent, d'une façon plus ou moins nette, trois arcs dont la largeur est d'environ 5 cm. Ils commencent entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde à 2 cm. en dehors de la ligne médiane et cheminent à peu près parallèlement les uns aux autres. Croisant les espaces intercostaux ils se dirigent en haut et en dehors jusqu'à la ligne mamillaire. Changeant alors de direction, ils se portent en bas et en arrière, déterminant de ce fait un angle ouvert en bas, dont le sommet répond à la ligne mamillaire et dont l'ouverture varie de 90° degrés environ pour l'arc supérieur et à 45° pour l'arc inférieur. Au niveau de la ligne axillaire postérieure, ils aboutissent à une large surface verruqueuse couchée sur la partie inférieure de la face dorsale gauche du thorax, et dont l'extrémité triangulaire déborde de 4 cm. sur le côté droit de la ligne médiane postérieure.

Au-dessus de ces trois arcs, la surface tégumentaire est parsemée de très fines verrucosités disposées sans ordre apparent.

Entre l'ombilic et la symphyse pubienne existe limitée à la ligne blanche une trainée verruqueuse saillante, légèrement cornée et très pigmentée.

Sur le dos, au-dessus de la surface verruqueuse à laquelle aboutissent les trois arcs décrits précédemment, on remarque deux nœvi de forme particulière. Au niveau de la 6^e vertèbre dorsale se dessine une surface nœvique en forme de coin dont le sommet tourné en bas répond exactement à la ligne médiane postérieure et dont les angles latéraux la débordent symétrique-

ment. Une surface nœvique de même forme, et de même orientation, mais plus petite est située au niveau de la 2^e vertèbre dorsale. Toutes deux font une saillie marquée, sont de coloration brun-noirâtre et de consistance légèrement cornée. On voit en outre partir du bord interne du scapulum trois traits verruqueux de un demi à 1 cm. de large ; plus ou moins bien dessinés, ils se portent en haut et en dehors, croisent la face postérieure de l'épaule et gagnent la face postérieure du bras gauche où ils deviennent longitudinaux et moins nets.

Membre supérieur gauche. — La surface légumentaire du bras gauche est assez fortement atteinte. De la poitrine apparaît, comme nous l'avons déjà mentionné, une large bande verruqueuse qui gagne le bras après avoir contourné la face antérieure de l'épaule. Cette bande descend sur le tiers supérieur de la face antéro-interne du bras, se porte ensuite en bas et en arrière et, diminuant peu à peu de largeur et de netteté, se perd insensiblement sur la face postérieure du coude.

Le tiers supérieur de la face postérieure est occupé par l'extrémité longitudinale des trois traits que nous avons vu partir du bord interne du scapulum, et qui au bras sont à peine dessinés.

Si on fait mettre le membre supérieur en supination, on voit naître et descendre sur la moitié inférieure de la face antérieure du bras une série de traînées verruqueuses assez bien dessinées et indépendantes des précédentes ; un peu au-dessus du coude elles se séparent : la plupart obloquent en arrière et en dehors, et descendent sur le bord externe et la partie radiale des faces antérieure et postérieure de l'avant-bras ; quelques-unes seulement occupent le bord interne de l'avant-bras. Toutes ces traînées se perdent insensiblement au-dessus du poignet. La face antérieure de l'avant-bras est intacte dans sa partie moyenne.

La face palmaire de la main gauche présente quelques points verruqueux. La face dorsale est le siège d'un grand nombre d

verrucosités, légèrement pigmentées et peu saillantes, mais on n'y constate aucune disposition particulière. Sur la face dorsale des doigts, et en particulier au niveau des articulations moyenne et extrême de l'index se trouvent des verrucosités dont le volume atteint et dépasse celui d'une lentille ; elles sont dures, gris-brunâtres, séparées par de profonds sillons.

Membre inférieur gauche. — Une traînée large de un demi-centimètre occupe toute la hauteur du Membre inférieur gauche Prenant naissance à la grande lèvre, elle descend oblique en bas et en arrière sur la face interne de la cuisse ; elle croise le creux poplité dans sa partie moyenne et se portant alors en bas et légèrement en dedans, elle longe la face postéro-interne de la jambe ; elle passe en arrière de la malléole interne et se termine à la face interne du talon gauche. Ce trait forme un relief assez net ; les verrucosités qui le composent sont de la grosseur d'un grain de millet, brun-jaunâtre, et légèrement cornées. Elles se condensent, s'épaississent à la face interne du talon.

A part les traînées verruqueuses signalées à la tête on ne constate du côté droit du corps que de rares verrucosités disposées sans ordre.

En résumé : Nœvi kératosiques linéaires avec prédominance des traînées sur la moitié gauche du corps. Bilatéralité et remarquable symétrie à la tête.

Observation III. (FRITZ CALLOMON)

Nœvus kératosique sur la ligne médiane de la face

Archiv für dermatologie und syphilis 1910, p. 221

Jeune fille de 18 ans. De forte constitution, ne fut jamais malade. Est atteinte d'un nœvus kératosique auquel on peut distinguer

une partie principale et deux prolongements. D'une coloration se distinguant peu de celle de la peau normale, avec çà et là quelques points gris-jaunâtres, composées de verrucosités de la grosseur d'un grain de millet, serrées les unes contre les autres, dures et plus ou moins cornées, la partie principale est de forme ovale et mesure trois travers de doigt en longueur et deux travers de doigt au niveau de sa plus grande largeur. Elle est couchée transversalement sur la moitié gauche du front et sa base répond à la ligne médiane. De cette base s'échappent deux prolongements verticaux qui tous deux répondent à la ligne médiane de la face : le prolongement supérieur, plus court, mais plus large se termine à la limite des cheveux ; le prolongement inférieur chemine sur la crête du nez ; s'éfilant à mesure qu'il descend, il se termine sur la pointe du nez sous forme d'une fine ligne blanc-grisâtre. Les prolongements sont de constitution semblable à celle de la masse principale.

Ce nævus existait à la naissance, mais beaucoup moins marqué : il s'est surtout développé dans la seconde enfance.

Il est remarquable par sa limitation à la moitié supérieure de la ligne médiane de la face.

Observation IV. SPRECHER

Giornale italiano della malattie veneree e della pelle 1906, p. 326.

Un caso di neo verrucoso lineare

Fille de 7 ans, ayant à la région mentale et sous-mentale une trainée verruqueuse rectiligne allant du bord libre de la lèvre à l'os hyoïde, médiane dans la plus grande partie de son étendue et légèrement inclinée à droite près de son extrémité inférieure, mesurant huit centimètres de long, sur une largeur maxima de 9 millimètres et minima de 4, saillante de 3 à 4 millimètres, for-

mée de petites saillies verruqueuses à extrémité arrondie, implantées les unes auprès des autres.

Cette trainée verruqueuse est remarquable par sa limitation presque absolue à la moitié inférieure de la ligne médiane de la face.

Observation V (personnelle)

Trainée linéaire de nævi kératosiques sur la ligne médiane antérieure du membre inférieur gauche

Il s'agit d'un enfant âgé de 46 mois qu'il nous a été donné d'observer en juin 1910, lors d'un remplacement à Choisy-le-Roi.

Né à terme, de parents bien portants, cet enfant est robuste et ne présente d'autre malformation que sa difformité cutanée. Sur le membre inférieur gauche existe une trainée nævique formée de deux parties que sépare un espace de peau à peu près saine. La partie supérieure s'étend longitudinalement sur le tiers moyen de la face antérieure de la cuisse ; sa longueur est de 6 cent., sa largeur de 1 cent. La partie inférieure va de la pointe de la rotule à la base du gros orteil sans présenter aucune interruption ; elle descend le long de la crête tibiale, croise le cou-de-pied obliquement en bas et en dedans, longe ensuite la face dorsale du premier métatarsien ; large de 4 c. 1/2 à son extrémité supérieure, elle se rétrécit progressivement plus bas, atteint 7 à 8 mm. au cou-de-pied et n'a plus que 2 à 3 mm. au point où elle se termine.

A la cuisse comme à la jambe, cette trainée verruqueuse est formée de saillies variant comme dimensions de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis ; leur consistance est dure, presque cornée, leur surface aplatie, rugueuse, couverte d'aspérités, leur coloration brunâtre à la partie supérieure de la

jambe, gris-brunâtre plus bas ; elles sont serrées les unes contre les autres et séparées par d'étroits sillons où la peau est grisâtre.

L'espace qui réunit les deux tronçons de cette bande présente, sur une largeur de 1 cent. environ, une pigmentation gris-brunâtre, sans verrucosités ni modification dans la consistance de la peau.

On constate en outre sur la ligne blanche une trainée nœvique allant de l'ombilic jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis ; large de 7 à 8 mm., elle est saillante de 1 mm. environ. Elle est formée d'éléments semblables à ceux de la jambe quoique un peu moins pigmentés et moins condensés.

Ces trainées verruqueuses ne sont le siège d'aucune douleur, d'aucune démangeaison. Elles existaient à la naissance, mais, depuis plusieurs mois, les éléments ont augmenté de volume et la pigmentation s'est accrue.

Observation VI. (GAUCHER et CROUZON)

*Nœvus zoniforme du thorax et du membre supérieur droit
(Annales de dermat. et de syphil. 1902, p. 51)*

Renée X..., âgée de 7 ans, est amenée à la consultation de l'hôpital St-Louis au mois de juillet 1901. Elle présente sur le thorax et sur le membre supérieur droit une éruption survenue progressivement depuis 2 ans 1/2. Elle est, dit le père, de tempérament nerveux, mais n'a jamais eu de crises de nerfs.

Il y a 2 ans 1/2, à l'occasion d'une légère bronchite, on applique sur la poitrine de l'enfant un papier Vlinsi des dimensions de 20 centimètres sur 10 environ. A la suite de cette application, il ne persiste aucune éruption, aucune cicatrice. Un mois après, la mère constate au-devant de la poitrine, sur la partie latérale droite, au-dessus du mamelon, l'apparition de petites élevures. Petit à

petit, à ces éléments s'en ajoutent d'autres sur la partie latérale droite de la poitrine, puis sur l'épaule, sur le bras et sur l'avant-bras.

A aucun moment la petite malade ne s'est plainte de douleurs ni d'autre phénomène subjectif ; à aucun moment le père n'a constaté d'autre élément éruptif surajouté.

Il y a trois mois, on consulte un médecin qui prescrit une pommade soufrée, puis une pommade au turbith minéral. Depuis lors, l'éruption n'a fait qu'accentuer et le nombre des éléments a augmenté. Tout traitement a été cessé depuis deux mois.

L'éruption occupe la poitrine, les épaules, le bras et l'avant-bras.

1^o Sur la poitrine, cette éruption forme, sur la partie latérale droite, au-dessus du mamelon, un placard en forme de triangle dont un des côtés est parallèle au bord droit du sternum, un autre sensiblement parallèle à la clavicule et le troisième remonte obliquement vers la tête humérale.

2^o Sur l'épaule, l'éruption forme une traînée en ruban, rectiligne au dessus de l'épine de l'omoplate et parallèle à elle.

3^o Sur le bras et l'avant-bras, elle occupe la face antérieure, commençant à 3 travers de doigt au-dessus du coude, et finissant au poignet ; elle est composée de petits placards juxtaposés en bande.

Les éléments éruptifs sont partout les mêmes ; ils consistent en élevures papuleuses, irrégulières, papillomateuses, isolées ou unies en petits placards qui sont eux-mêmes groupés par deux ou trois. La coloration de l'élément papuleux est celle de la peau normale ou légèrement jaune clair, ou légèrement rosée.

Il n'y a pas de trouble de la sensibilité dans les régimes atteints. On ne constate aucune autre éruption sur le corps.

Remarque. — Cette observation tire son intérêt, non-seulement de la disposition linéaire du noëvus, mais de son apparition tardive et qui paraît avoir été provoquée par une irritation locale.

Observation VII. (BALZER et LEGORNU)

Nævus systématisé en bandes zoniformes et linéaires

Annales de dermat. et de syphil. 1901, p. 929.

L. Y..., âgé de 47 ans, vient à la consultation de l'hôpital St-Louis, le 26 juillet 1901, pour une stomatite ulcéro-membraneuse légère. En le découvrant on constate qu'il présente au cou, au tronc et sur les membres des nævi lisses et pigmentés nombreux ; quelques-uns affectent une disposition linéaire des plus nettes. Il y a un an encore, le malade ignorait l'existence de ces nævi ; selon lui, ils ne devaient pas exister dans sa jeunesse ; à l'époque du service militaire, personne ne lui en a fait la remarque.

Au cou, on observe des taches pigmentées de coloration café au lait, non surélevées, les unes lenticulaires, les autres plus étendues et disséminées dans toute la région du cou, tant à droite qu'à gauche.

Au tronc, l'éruption ne siège que du côté droit et présente une disposition zoniforme caractéristique. Ce sont trois trainées assez larges constituées par des éléments lisses, analogues aux éléments du cou et présentant la même coloration jaunâtre. Elles sont obliquement dirigées en bas et en avant, parallèlement aux quatre nerfs intercostaux moyens. Au-dessous de ces trainées et en arrière, le long de la colonne vertébrale, on en observe trois autres très étroites et beaucoup plus obliques, presque parallèles aux apophyses épineuses. A gauche, il n'existe pas de taches pigmentées, mais les bandes zoniformes du côté droit débordent légèrement de ce côté la ligne médiane, comme cela se produit dans le zona.

A la région sacrée, on observe quelques placards pigmentés, au-dessus du pli interfessier ; on en observe aussi dans le pli inguinal droit, disposés parallèlement à ce pli.

C'est au membre inférieur droit que la disposition linéaire est le plus caractéristique. La bande la plus longue, large d'un centimètre, part en haut de la racine des bourses, descend le long de la face interne de la cuisse droite, en décrivant une légère courbe à concavité antérieure ; passe derrière le condyle interne du fémur dans le tiers interne de la région poplitée, et descend verticalement à la face postéro-interne du mollet jusqu'au niveau de son tiers inférieur, où elle s'arrête.

Une autre bande un peu plus large et à contours moins nets, part du pli fessier un peu en arrière de la précédente, descend obliquement en bas et en dehors sur la face postérieure de la cuisse, atteint le tiers externe du creux poplité et s'arrête en s'élargissant à la face externe du tiers supérieur du mollet.

Deux autres bandes un peu plus diffuses et parallèles aux précédentes, descendent obliquement du pli fessier sur la face externe de la cuisse où elles se perdent sur le tiers moyen.

Les éléments qui constituent ces trainées linéaires de la cuisse présentent des caractères spéciaux : ce sont des taches jaunâtres, peu foncées, lisses, entourées d'une zone rosée erythémateuse avec un pointillé d'un rouge plus foncé.

Remarque. — Cette observation est intéressante non seulement par la disposition linéaire des nævi, mais par leur apparition tardive et par la nature même de ces nævi. Il s'agit en effet de nævi pigmentaires lisses, variété qui n'affecte que rarement la disposition linéaire.

Lichen plan linéaire

La disposition linéaire a été signalée à plusieurs reprises dans le lichen plan. Nous en donnons ici quelques observations récentes. Nous avons pu examiner les malades dont il est question dans les deux premières, étant externe dans le service de M. Balzer lorsqu'ils y furent traités.

Observation VIII. BALZER et GUÉNIOT

*Lichen plan linéaire. Bulletin de la Société française
de dermal. et de syphiligravure*

R... terrassier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 19 octobre 1909, pour une dermatose ayant débuté au mois d'avril de la même année et développée sur une peau antérieurement saine. R... n'a jamais eu d'autre maladie qu'un érysipèle dans sa jeunesse.

La lésion élémentaire est constituée par des petites papules rosées ou jaunâtres, brillantes, polygonales, faisant un léger relief avec des orifices glandulaires élargis et formant un piqueté nettement visible à la loupe ; les stries de Wickham ne sont pas visibles. Ce lichen siège au thorax, aux avant-bras et aux membres inférieurs, mais avec des aspects différents selon ces régions.

Il n'y a que quelques papules discrètes et isolées dans la région sternale, d'autres plus nombreuses, mais toujours isolées les unes des autres aux avant-bras et localisées, d'une façon symétrique,

presque uniquement à la partie cubitale de leur face antérieure.

C'est surtout aux membres inférieurs que l'éruption est marquée. Les papules de lichen, toujours pour la plupart isolées les unes des autres, recouvrent la plus grande partie de la face antérieure des jambes jusqu'aux genoux en respectant les cuisses. Mais c'est à la face postérieure et surtout à gauche que l'affection prend un type particulier. Là, elle revêt dans son ensemble, si on fait abstraction des papules aberrantes, l'aspect d'une longue bande mince en haut, plus large en bas, allant de la région lombaire jusqu'au pied. Cette bande est formée de papules alignées en chaîne; elle est à peu près discontinue depuis la partie supérieure de la cuisse jusqu'au sommet du creux poplité. Elle a au plus 1 ou 2 centimètres de large et est située à la cuisse en-dedans de la ligne médiane. A la cuisse, cette ligne est doublée sur sa partie interne, et à quelques centimètres par une seconde ligne parallèle et de même aspect, mais un peu moins accusée et ne commençant qu'au pli fessier pour cesser un peu au-dessus du creux poplité.

Au jarret, les éléments sont plus espacés. Ils sont au contraire plus abondants, plus gros, plus serrés au niveau du mollet, et par cela même, par suite du plus grand étalement en largeur, la disposition linéaire est bien moins nette. Quelques éléments ont la forme annulaire. On peut distinguer deux bandes, l'externe étant la plus large et gagnant la malléole externe. Là, l'éruption est tout à fait confluyente, en placard, le derme est épaissi, verruqueux. C'est là qu'a débuté la dermatose qui a ensuite gagné la racine du membre.

Puis des éléments moins nombreux et de nouveau isolés, traversent obliquement la face dorsale du pied, de la malléole externe à la base du gros orteil, disposés en forme de ligne qui continue celle de la jambe.

A droite, les lésions sont moins marquées. Il y a d'assez rares papules à la cuisse, mais pourtant toutes situées le long d'une

bande symétrique à celle du côté gauche. Le creux poplité est indemne. Le mollet présente des papules peu confluentes que l'on peut considérer comme rangées sur une série de lignes longitudinales parallèles dues sans doute au grattage ; elles sont plus nombreuses à la partie interne. Sur la face dorsale du pied, les éléments sont moins nombreux et moins systématisés qu'à gauche.

Avant l'entrée du malade à l'hôpital, l'affection était assez prurigineuse.

Observation IX. BALZER et GUÉNIOT

*Lichen plan linéaire. Bulletin de la société française
de dermat. et de syphil. 1909*

Mme L..., 34 ans, marchande de vins. Antécédents héréditaires négatifs. Antécédents personnels : bonne santé habituelle ; elle a eu deux enfants, bien portants, plus un autre mort en bas âge. Pas d'éphylisme, ni de syphilis ; émotivité assez marquée.

Début de l'affection cutanée il y a 2 mois, par une tache rouge, légèrement saillante et squameuse, grosse comme une pièce de cinquante centimes, prurigineuse et siégeant sur le creux poplité gauche ; puis apparitions successives de taches semblables sur la face postérieure de la jambe et de la cuisse, de façon à former en se rejoignant une grande trainée occupant toute la longueur des membres inférieurs gauches.

Au moment où la malade est examinée, les lésions commencent sur le milieu de la hauteur de la fesse gauche, décrivant une courbe à concavité dirigée en bas et en dedans qui l'amène à la partie interne du pli fessier ; là, il y a une courbe presque à angle droit, par laquelle elle se continue avec une bande verticalement descendante, décrivant une courbe de large rayon concave en dehors, de 2 cent. de diamètre en haut et en bas, de 1 cent. seulement au milieu ; à partir du creux poplité, la bande devient moins continue et s'élargit parcourant toute la face postérieure de la

jambe verticalement et venant mourir dans le sillon rétromalléolaire externe.

Parallèle à cette bande et en dedans, il y en a une autre beaucoup plus mince, formée d'éléments plus isolés, surtout sur la jambe ; elle commence en haut dans le pli génito-crural gauche et descend verticalement le long de la face interne de la cuisse et de la jambe pour finir dans le sillon rétromalléolaire interne. Elle est à peu près rectiligne et à peu près continue à la partie supérieure, formée d'éléments plus isolés à la jambe.

Les éléments, dans les endroits où ils sont bien isolés (éléments aberrants de chaque côté de la grande bande ou éléments de la petite bande) se présentent comme de petites papules rouges, brunâtres, ternes d'aspect, légèrement saillantes, à contour irrégulièrement arrondi, à surface plane recouverte d'une petite squame mince qu'on détache difficilement ; de nombreux éléments sont un peu écorchés par le grattage. Quand le membre inférieur est libre, il n'y a pas de démangeaison ; quand il est enveloppé et échauffé, les démangeaisons reparaissent un peu.

Sur la fesse de la face postérieure de la cuisse et de la jambe, surtout sur le creux poplité, il y a une confluence telle de ces éléments que la lésion prend l'aspect de nappes rouge-brunâtre, dont la coloration disparaît momentanément si à la pression, dont la consistance, au toucher est légèrement rugueuse ; on voit à la surface de fines squames adhérentes et de petites écorchures résultant du grattage.

Dans les premiers temps de la maladie, les démangeaisons étaient assez marquées et presque continuelles ; actuellement, il n'y a de démangeaisons que dans les moments où il se fait une poussée nouvelle d'éléments.

Les auteurs font remarquer que dans ce cas comme dans le précédent, au niveau des trainées linéaires du lichen, on ne constate pas nettement les stries épidermiques du lichen, ni de quadrillage épidermique.

Observation X.

Prise par le regretté docteur Cauchery, alors interne de M. Balzer en 1899 ; publiée dans le Bulletin de la société française de dermatologie et de syphilis 1901 (sur un cas de lichen en bandes linéaires).

Mme veuve Prov..., 68 ans, journalière, présente depuis deux ans une éruption de lichen plan, localisée au membre inférieur droit et affectant une disposition linéaire très nette,

Le début de la dermatose date de 2 ans ; localisée à la jambe d'abord, elle ne tarde pas, au bout d'un mois à se généraliser à tout le corps. La malade se traite et l'éruption généralisée ne dure que 3 mois environ, mais la localisation au membre inférieur droit persiste et reste ce qu'elle est actuellement.

C'est une éruption de lichen typique, papules agglomérées en placards ou mieux, en bandes dures, saillantes, rouges, à surface rugueuse et inégale, s'espérant en une desquamation fine, assez intense ; la peau, au niveau des placards est fortement épaisse et indurée.

La distribution de certains groupes est très remarquable. Les éléments sont groupés en bandes très nettes, les uns dans l'axe du membre, les autres peu nombreuses, issues des premières, plus ou moins obliques ou transversales, venant se terminer sur la partie antérieure du membre

Trois grandes bandes bien nettes parcourent en arrière le membre inférieur droit. L'une part de la pointe du coccyx, se dirige vers l'extrémité externe du pli fessier, près de la région antéro-externe de la cuisse, et contournant celle-ci, arrive jusqu'au niveau de la région externe de la rotule, où les éléments sont dispersés.

La seconde part de la pointe de la fesse, suit la gouttière du sciatique et ses éléments aboutissent disséminés, mais orientés en

bande dans le même sens, sur le côté externe du genou, ne dépassant pas le bord externe de la région rotulienne. Dans sa moitié supérieure, cette bande forme un placard ; dans sa moitié inférieure, les éléments rappellent une disposition pénicillée et les bandes inférieures ne dépassent pas la moitié de la jambe à sa partie postérieure.

La troisième bande se confond supérieurement avec la première, descend la gouttière du sciatique, puis la partie médiane du creux poplité, puis la gouttière du saphène interne, arrive au bord externe du tendon d'Achille, suit ce bord, et se perd un peu plus bas sur le côté interne du pied. Le long de la jambe, cette bande émet quelques branches longitudinales.

Une quatrième bande s'observe à la face interne du membre inférieur ; elle part en haut du côté interne de la cuisse, vers sa moitié occupe toute la moitié inférieure interne de la cuisse, passe en dedans de la rotule et suit en large bande diffuse toute la face interne de la jambe.

Au niveau de la face antérieure de la jambe, cette 4^e bande se confond sensiblement avec les branches précédemment décrites. Cependant on pourrait suivre la seconde décrite jusqu'au devant du cou-de-pied, la voir se bifurquer au niveau du métatarsien ; une branche occupant la face dorsale du gros orteil, l'autre celle du 2^e orteil.

Observation XI. (GASNE ET CHIRAY)

Lichen sur les zones d'irradiations douloureuses de l'angine de poitrine. (Bull. de la Soc. méd. des hôp. 1905)

Malade âgé de 33 ans, éthylique, a depuis plusieurs mois des crises de fausse angine de poitrine avec irradiations douloureuses le long de la face interne du bras gauche jusque dans les doigts. C'est un malade d'une nervosité extrême.

Depuis deux mois environ éprouve de très vives démangeaisons, surtout à la face interne du bras gauche. On constate dans cette région des placards de lichen disposés en stries linéaires ; ils ne descendent pas au-dessous du pli du coude et correspondent à la distribution périphérique de l'accessoire du brachial cutané interne. Un autre petit placard existe au-dessus et en dehors du mamelon dans la zone des nerfs intercostaux anastomosés avec ce nerf. Sur le reste du corps on n'observe que de l'acné, sauf pourtant au creux poplité droit où il existe un autre élément de lichen plan.

L'examen de la sensibilité objective montre que tout le territoire de l'accessoire du brachial cutané interne est hyperesthésique. Au toucher, à la piqure, à la chaleur on détermine nettement une bande cutanée située sur la face interne du bras et descendant jusqu'au coude, au niveau de laquelle toutes les sensibilités sont exaltées.

Observation XII. BROCC

Lichen en trainées linéaires chez un enfant de 4 mois.

Pratique dermatologique III, page 194.

Enfant de 4 mois, présentait, partant des 2 aines, et de là s'irradiant en séries linéaires, d'une part le long de l'abdomen en remontant vers le creux axillaire, d'autre part le long de la face interne des cuisses et des jambes, des trainées longitudinales un peu sinueuses presque rectilignes, de papules aplaties brillantes, absolument caractéristique de lichen plan. La maladie évolua lentement vers la guérison. Un peu plus tard, l'enfant n'en présentait plus que des vestiges.

Cet observation est intéressante à cause du jeune âge de l'enfant, et de l'étendue des trainées de lichen.

Névrodermite chronique linéaire

La Névrodermite chronique circonscrite, encore appelée lichen simple circonscrit se dispose quelquefois en traînées linéaires. En voici quelques exemples :

Observation XIII. BROCC

Névrodermite chronique circonscrite en bande longitudinale.
Annales de dermat. et de syphil. 1896, p. 786)

Jeune fille de 16 ans 1/2 a eu de fréquentes convulsions dans son jeune âge. Mais depuis sa santé semble avoir été assez bonne et son système nerveux semble être en ce moment des plus calmes.

Ce fut vers l'âge de 5 ans qu'elle commença à ressentir au bras droit des démangeaisons qui furent violentes d'emblée et qui augmentèrent rapidement d'intensité au point de devenir des plus pénibles sans cependant causer de l'insomnie. Elle croit pouvoir affirmer que c'est environ quelques semaines après le début du prurit qu'apparurent des modifications des téguments analogues à celles que l'on constate aujourd'hui, mais d'après elle beaucoup plus accentuées. On lui fit faire à cette époque des applications de compresses trempées dans de l'eau salée qui la soulagèrent beaucoup.

Elle ne peut d'ailleurs donner aucun renseignement précis ni sur la durée de cette première atteinte du mal, ni sur le moment de l'année où elle avait commencé, ni sur les causes qui auraient pu la provoquer.

Depuis l'âge de 5 ans, elle est prise tous les ans, au moment de l'apparition des premières chaleurs, d'accidents analogues qui suivent la marche de la température ambiante, qui s'exacerbent au milieu de l'été, puis diminuent en automne et disparaissent complètement en hiver. D'après elle, le prurit durerait plus longtemps que l'éruption ; il commencerait quelques jours avant elle et cesserait progressivement quelques jours après elle.

Au moment où elle vient consulter, elle présente sur le membre supérieur droit, s'étendant depuis l'épaule jusqu'au poignet, une plaque éruptive longitudinale d'une largeur moyenne et presque uniforme de cinq à six centimètres, rigoureusement rectiligne, parcourant la face externe du bras et du cou et la face postéro-externe de l'avant-bras. Les lésions cutanées sont surtout marquées au niveau du coude et dans une étendue de six ou sept travers de doigt au-dessus et au-dessous de l'article ; en s'éloignant davantage du coude, les lésions diminuent insensiblement d'intensité et viennent se terminer en mourant en bas un peu au-dessus du poignet, en haut au niveau de la partie moyenne du deltoïde. Les extrémités supérieure et inférieure de la bande ont des limites un peu diffuses, tandis que les bords latéraux sont assez nets, et tranchent sur les parties voisines.

Les altérations cutanées consistent en une infiltration et un épaissement marqué des téguments, en une exagération considérable des plis de la peau qui forment un quadrillage plus ou moins serré et régulier suivant les endroits, en une coloration rouge bistre avec pigmentation et accentuée des régions atteintes ; leur surface est recouverte de petites squames furfuracées, grisâtres, assez adhérentes, et de nombreuses excoriations avec croûtelles sanguinolentes. Aux deux extrémités de la bande, aux

points où les lésions sont le moins accentuées, se voient de tout petits éléments papuleux d'aspect, aplatis, légèrement miroitants, de coloration grisâtre, par places excoriées. On en retrouve également d'analogues sur toute la place éruptive quand on les cherche avec quelque soin ; mais ils sont surtout nets vers le poignet et vers l'épaule.

Au niveau de la plaque, la peau présente un certain degré d'hyperesthésie.

En outre, à la jambe droite, depuis la face interne du genou jusqu'à la malléole, la malade ressent un prurit assez intense, analogue à celui du bras ; mais les modifications que la peau a subies en cette région sont des plus minimales. On n'y trouve que des excoriations, suites de grattages.

Observation XIV. DUBREUILH.

Lichen simple circonscrit en bande linéaire, société française de dermat. et de syphil., 7 juillet 1904.

Constance D..., lingère, âgée de 23 ans, est la fille d'une mère bien portante et d'un père très nerveux, très émotif, mort à 63 ans d'une maladie de cœur. Elle a deux sœurs et deux frères. L'une des sœurs a des crises de nerf.

Elle est très susceptible ; à la moindre contrariété, elle pleure et tremble, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée, mais le réflexe pharyngien est aboli.

Il y a dix ans, après des revers de fortune et la mort de son père, elle a commencé à sentir un prurit très violent en un point très localisé de la jambe droite, à trois travers de doigt au dessus de la malléole interne ; les crises de démangeaison et de grattage consécutif étaient tellement violentes qu'elle en avait presque

des crises de nerfs. Les altérations cutanées qui se sont montrées peu après, se sont graduellement étendues en même temps que la démangeaison.

On trouve sur la jambe droite une ligne saillante qui, partant du sommet de la malléole interne suit la face interne de la jambe, puis oblique un peu en arrière, passe sur le bord interne du creux poplite, et s'élève sur la face postérieure de la cuisse jusqu'à une dizaine de centimètres du genou. Elle est tout à fait continue, sauf une courte interruption à la partie supérieure de la jambe, et sa longueur totale est d'environ 40 centimètres.

Cette ligne mesure un centimètre de large et fait une saillie de un millimètre et demi à la partie inférieure de la jambe où elle est le plus accusée ; sa consistance en est très dure, mais elle est superficielle et il n'y a pas d'infiltration profonde. Sa surface est grisâtre, rugueuse, verruqueuse, avec un épiderme corné fort épaissi. On y trouve en somme tous les caractères d'une lichénisation très accentuée.

La démangeaison est assez exactement limitée à la bande saillante ; cependant, la malade interrogée d'une façon minutieuse, reconnaît aussi gratter toute la région avoisinante. Le prurit est plus accusé la nuit sous l'influence de la chaleur du lit ; il est aussi plus violent en été qu'en hiver.

Observation XV. MIBELLI

Névrodermite chronique linéaire. Monats für prat. dermat. 1904.

Garçon de 17 ans, atteint de prurit du membre inférieur droit avec depuis quelque temps une éruption caractérisée par une infiltration superficielle et une desquamation ; cette éruption forme une bande à trajet irrégulier, étendue depuis la convexité de la

fesse, à 7 centimètres du grand trochanter et à 5 centimètres du pli fémoro-fessier jusqu'à la pointe du pied, sauf quelques courtes interruptions ; cette bande décrit une concavité externe à la partie moyenne de la cuisse, une convexité externe au-dessus du genou, est sinneuse en avant du péroné, passe en avant de la malléole externe et se divise en 3 bandelettes au niveau du métatarse pour aboutir sur les 3 orteils moyens.

Psoriasis linéaire

Il n'est pas douteux que le psoriasis puisse se disposer suivant des bandes linéaires. Mais le nombre des observations en est très restreint.

Observation XVI. THIBIERGE

Société de dermat. et de syphil., 9 novembre 1893.

Psoriasis débutant à l'âge de 44 ans, chez un sujet nerveux, issu de parents nerveux, atteint lui-même d'une sciatique récidivante du côté gauche : début de l'éruption par une plaque occupant le territoire du nerf saphène interne gauche et empiétant légèrement sur le territoire du crural ; il s'agit d'une longue bande qui commence sur le côté interne de la cuisse, dans son tiers inférieur et se termine un peu au-dessus de la malléole interne ; puis apparition de plaques correspondant aux nerfs musculo-cutanés du plexus brachial, avant de se montrer aux lieux d'élection du psoriasis ; intégrité du membre inférieur non atteint de névralgie.

Observation XVII. BROcq.

Société franç. de dermat. et de syphil. 10 mars 1898

M. Brocq signale un cas de psoriasis absolument pur au point de vue lésion élémentaire, étendue sur le membre supérieur droit depuis l'épaule jusqu'à la main suivant une bande linéaire dont la largeur ne dépasse pas un centimètre.

Observation XVIII.

Psoriasis en bandes zoniformes et linéaires d'apparence lichénoïde

BALZER et LECORNU. (*Ann. de dermat. et de syphil. 1901*)

L... A..., comptable, âgé de 55 ans, avait été soigné en 1901 dans le service de M. Balzer pour une poussée de psoriasis dont les éléments typiques, un peu prurigineux n'offraient aucune espèce de systématisation. Quelques mois plus tard, avant que le malade ne fût complètement blanchi, nouvelle poussée. Mais cette fois les éléments éruptifs présentent des caractères spéciaux et affectent dans la moitié droite du corps une disposition topographique très particulière.

Dans son ensemble, le psoriasis se présente sous forme de placards disséminés sur le tronc, l'abdomen et les membres ; mais sur le côté droit du corps où ils prédominent, les éléments affectent volontiers une disposition systématisée. C'est ainsi qu'à droite et en arrière du thorax on observe deux larges placards allongés transversalement, moins obliques que les côtes moyennes qu'ils croisent et présentent une disposition zoniforme ; le premier est

à peu près dans la fosse sus-épineuse et parallèle à l'épine de l'omoplate ; le deuxième suit la même direction transversale et est situé à la hauteur de l'angle de l'omoplate. Un troisième groupe plus petit est situé à quatre travers de doigt au-dessous du précédent, mais n'affecte pas de disposition zoniforme aussi nette.

Aux fesses, les placards sont nombreux, mais ne paraissent pas systématisés. C'est à la partie inférieure de l'abdomen et au membre inférieur droit que la disposition linéaire et systématisée est des plus nettes.

De l'ombilic à la racine de la verge on observe un ruban large de 7 à 8 millimètres, et situé exactement sur la ligne médiane au niveau de la ligne blanche ; ce ruban se continue en bas et à droite, le long des bourses qu'il contourne et atteint la partie supérieure et interne de la cuisse droite. A la cuisse, il s'élargit un peu (un centimètre environ) et, continuant son trajet, se dirige obliquement en arrière et en dehors, en décrivant une légère courbe à concavité antérieure, atteint le tiers interne de la face postérieure de la cuisse, descend vers le tiers interne du creux poplité puis au mollet parallèlement au jumeau interne, passe en arrière de la malléole interne et longe enfin les deux tiers postérieurs du bord interne du pied droit, où il finit par se confondre avec de larges placards de psoriasis.

A la face postérieure de la cuisse, une autre bande très nette large d'un centimètre et demi environ naît à la partie moyenne du pli fessier et descend verticalement jusqu'au tiers moyen de la cuisse ; à ce niveau, elle devient oblique en bas et en dehors et chemine parallèlement au ruban précédemment décrit, à 3 c. en dehors de lui ; elle atteint le tiers externe du creux poplité et la partie supéro-externe de la jambe où elle s'élargit un peu. Après un court intervalle de peau saine, elle se continue sous forme d'une autre bande verticale, large de 3 c. suivant exactement l'interstice des jumeaux depuis l'angle inférieur du creux

poplité jusqu'au tendon d'Achille, où elle se confond avec un large placard recouvrant toute la malléole externe, et se continuant sur le dos du pied jusqu'aux trois derniers orteils. A la face antérieure de la jambe, il existe un vaste placard de psoriasis qui s'est constitué par la réunion de trois lignes descendant parallèlement depuis le tiers supérieur de la jambe jusqu'au tiers supérieur du pied et sur le dos du pied une trainée linéaire qui va jusque sur le gros orteil. Enfin, à la face postéro-externe de la cuisse, il existe deux bandes larges de 3 à 4 cent. étendues obliquement du pli fessier au tiers moyen de la cuisse et parallèles aux bandes précédemment décrites.

Les éléments de cette poussée éruptive présentent encore quelques particularités intéressantes : les éléments linéaires ont un aspect lichénoïde très prononcé ; la peau est à leur niveau d'une coloration rouge vineux, et présente un épaissement et une saillie très marqués, peu de squames, pas de tendance à la pigmentation. Ils sont le siège d'un prurit assez intense et même un peu hyperesthésiques ; cet état s'accroît dès que le malade est découvert. Quelques éléments nummulaires disséminés ont un peu les mêmes caractères, mais d'autres présentent nettement la squame argentée par le grattage. D'autre part, les stries de Wickham ne s'observent ni au niveau des éléments nummulaires, ni au niveau des éléments linéaires, de telle sorte que le diagnostic de psoriasis paraît bien devoir être maintenu pour toute l'éruption cutanée.

A noter que ce malade est syphilitique et tuberculeux et présentait à son entrée à l'hôpital une grosse quantité d'albumine dans les urines.

Eczéma linéaire

— — —

L'eczéma, avec des lésions élémentaires pures, ne se dispose que d'une façon exceptionnelle suivant des traînées linéaires ; du moins le nombre des observations en est-il très restreint. Il est moins rare de rencontrer des observations d'eczémas linéaires dit « lichenoïdes ». Mais dans ces cas, on peut se demander s'il s'agit bien d'un eczéma lichénifié, ou d'un lichen compliqué d'eczéma ou d'une névrodermite chronique circonscrite avec eczématisation ou simplement d'une névrodermite chronique circonscrite, certains auteurs surtout à l'étranger ne paraissant pas admettre l'individualité de cette affection. Cette remarque faite, nous signalons les quelques observations suivantes d'eczéma où la disposition linéaire est assez nette.

Observation XIX. STERNTHAL

*Eczéma linéaire, 2^e congrès de dermatologie allemande
Strasbourg 1898*

Une jeune fille de 21 ans présente, depuis l'âge de 12 ans, au bras droit une éruption prurigineuse, ayant débuté à l'éminence

thénar, pour s'étendre secondairement à l'avant-bras et au bras.

Actuellement, la dermatose est constituée par de petites papules cornées grisâtres, ayant le volume d'une tête d'épingle, rappelant l'élément de lichen verruqueux. Elle s'étend : 1^o sur l'avant-bras, longeant le tiers inférieur du radius sur une longueur de 5 centimètres environ, puis l'éruption gagne obliquement, en se rétrécissant, le milieu du pli du coude ; en ce point, les éléments se modifient et deviennent croûteux. 2^o Au bras, l'éruption se divise sur les biceps en deux trainées : l'une monte sur le bord interne du biceps jusqu'au milieu du creux sus-claviculaire où elle se termine en s'élargissant ; l'autre passe sur l'acromion et va se terminer dans le dos au niveau de la 5^e vertèbre cervicale.

En même temps, existait de la séborrhée du cuir chevelu. L'affection fut traitée par des applications de pommade sulfureuse qui amenèrent une amélioration et dont la cessation fut suivie d'aggravation et bientôt de l'apparition d'un exanthème diffus occupant le bras gauche et le tronc.

Observation XX. Brocq.

Société franç. de dermat. et de syphil., 10 mars 1898

A propos d'une dermatose linéaire présentée par M. Balzer, M. Brocq déclare avoir observé une éruption linéaire franchement eczémateuse. Il n'en donne pas le trajet.

Observation XXI. Fritz Callomen

Eczéma lichenôide, archiv für dermat. und syphil. 1910, p. 221.

Jeune fille de 25 ans. En juin 1907, éprouve vers la partie moyenne de la jambe gauche des démangeaisons qui se propagè-

rent ensuite vers le haut et vers le bas de la jambe. La dermatose apparut presque en même temps que les démangeaisons et se propagea comme elles. Actuellement, (novembre 1909), elle s'étend sous forme d'une bande depuis la face antérieure du genou jusqu'au gros orteil. Elle descend le long de la crête tibiale, passe en avant de la malléole interne, chemine ensuite sur le premier métatarsien. Dans son ensemble, elle décrit une légère courbe à convexité interne. Assez large au-dessous du genou, elle se rétrécit à mesure qu'elle descend.

Cette dermatose est formée d'éléments variés : papules, les unes luisantes, les autres squameuses ou égratignées, vésicules léger suintement par places, croûtelles ; la peau n'est pas infiltrée.

L'auteur se dit embarrassé pour classer cette affection d'une façon précise, et il rappelle qu'il en est souvent ainsi quand il s'agit de dermatose linéaire. Comme elle tient à la fois du lichén et de l'eczéma, il propose le nom d'eczéma lichénoïde. Peut-être s'agit-il de névrodermite chronique circonscrite, compliquée d'eczéma ; il y aurait, en faveur de cette opinion, les démangeaisons vives, la longue durée de la maladie, l'aspect atypique des papules non nettement limitées ; mais la peau ne présente pas d'infiltration.

Observation XXII. MIBELLI

Eczéma lichénoïde, monatschrift für prat. dermat., 1904

Fillette de 8 ans, ayant depuis quelques jours des éruptions prurigineuses à type eczémato-lichénoïde sous forme de ligne sinueuse étendue de la malléole externe droite jusque près du pli fémoro-fessier, avec concavité externe à la partie moyenne de la jambe, concavité interne depuis le tiers supérieur de la jambe jusqu'au tiers inférieur de la cuisse ; à la partie supérieure et externe de la fesse, du même côté, une ligne courbe à concavité en haut et en dedans.

Sclérodermie en bandes

La disposition en bandes constitue une forme bien connue de la sclérodermie. Parmi les publications de ces dernières années, nous avons recueilli les deux observations suivantes dont l'intérêt nous a paru assez grand du fait de l'étroitesse des bandes et de leur localisation.

Observation XXIII. LION.

Breslauer dermatologische vereinigung, séance du 5 février 1900.

Un malade présente depuis la pointe du nez jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la limite d'implantation des cheveux, une bande de sclérodermie qui chemine dans presque toute son étendue sur la ligne médiane. Sur le front, elle répond rigoureusement à la ligne médiane ; vers son extrémité inférieure, elle s'en écarte légèrement et se termine sur l'aile du nez gauche. Sa largeur est de un centimètre et demi. Dans sa partie médiane, la peau est lisse, brillante, blanche, légèrement déprimée, très adhérente aux tissus sous-jacents ; sur les bords existe un liseré pigmenté d'un

jaune-brunâtre. La sensibilité est conservée à son niveau ; les cheveux font défaut sur la partie occupant le cuir chevelu.

L'affection débuta apparemment il y a un an et demi par une bande brune étroite qui, peu à peu, s'étendit pour atteindre la largeur et la longueur actuelles. C'est cinq mois après le début que la malade remarqua la dépression centrale.

L'auteur, en terminant, fait remarquer avec juste raison la localisation particulière de cette bande de sclérodémie qui, dans presque toute son étendue, répond rigoureusement à une ligne de Voigt.

Observation XXIV. FRITZ CALLOMON

Archiv für dermat. und syphilis 1910, p. 22

Malade âgée de 32 ans, examinée par Callomon, en juin 1907. Sur la moitié droite du thorax se trouve une bande de sclérodémie, large de 1 centimètre, commençant un peu au-dessus du mamelon, elle se porte en bas et en dedans et se termine à deux travers de doigt de la ligne médiane antérieure, au bord inférieur du thorax. Cette bande ne fait pas saillie et n'est pas déprimée.

La peau à son niveau est d'un blanc brillant, lisse, ne peut être plissée. La consistance en est dure, comme ligneuse, et entre les doigts on a la sensation d'une corde. En attirant le sein en haut et en dehors et en exerçant des tractions sur le dos, on se rend compte que cette corde est adhérente au plan profond. Le malade, par ces manœuvres, éprouve de la douleur.

L'intérêt de cette observation réside, comme le fait remarquer l'auteur, dans la localisation de la bande au thorax, contrairement à ce qu'il y a lieu dans la majorité des cas où les bandes de sclérodémie s'étendent longitudinalement sur les membres ; il faut aussi remarquer qu'elle croise obliquement la direction des nerfs intercostaux.

DIAGNOSTIC

Dans la plupart des cas, les dermatoses linéaires se présentent avec des caractères assez nettement accusés pour qu'il soit possible d'en déterminer facilement la nature. Il en est ainsi des nævi, lorsqu'ils sont apparents à la naissance, du lichen, du psoriasis, de l'eczéma dont la lésion élémentaire, quand elle est pure ne peut prêter à la Confusion. Mais il est des cas où ces mêmes affections se montrent avec des caractères un peu différents de leur aspect habituel ; les nævi pourront être tardifs, les psoriasis, l'eczéma pourront se rapprocher du lichen et mériter la qualification de « lichémôide », le lichen lui-même pourra être lichénifié et ne se différencier que difficilement de la névrodermite chronique. Il faudra, pour le diagnostic, considérer l'époque d'apparition et le mode d'apparition de la dermatose, l'aspect clinique des lésions, leur évolution et l'influence que le traitement peut avoir sur elles. Chacun pris à part, ces différents points n'ont pas tous la

même valeur et c'est par leur ensemble qu'ils permettront, dans les cas difficiles, d'établir d'une façon à peu près ferme la variété de dermatose linéaire dont il s'agit.

1^{re} Époque d'apparition et mode d'apparition de la dermatose linéaire

L'époque d'apparition permettra souvent d'établir d'une façon sûre la nature nœvique de la dermatose linéaire. Mais elle n'a pas la valeur que l'on pourrait croire. Car, si dans un grand nombre de cas, les nœvi sont apparents à la naissance ou se développent rapidement dans les premiers mois de la vie, il est hors de doute qu'ils peuvent demeurer longtemps latents et n'apparaître que pendant l'enfance, l'adolescence ou même chez les adultes. « Il importe, dit Besnier (Société de Dermat. et de syphil. 10 mars 1898) de préciser que toutes les lésions de l'ordre des nœvi ne sont pas nécessairement constatables, ou constatées au moment de la naissance ; elles peuvent être, en raison de leur peu de développement primordial, latentes et ignorées. Rien n'est moins rare que de rencontrer des lésions que leurs caractères cliniques et anatomiques démontrent être nœvi -- vasculaires ou autres -- alors même que les sujets, ou leurs parents, n'en ont relevé l'existence que plus ou moins longtemps après la naissance. » M. Hallopeau, dans une leçon restée classique, (Progrès Médical 1891 : les Nœvi), a fait

voir lui aussi que « les nævi ne sont pas nécessairement congénitaux, dans le sens étroit et littéral de ce mot. » La statistique qu'il donne, et qui provient de recherches faites sur des malades adultes de son service, indique comme atteints de nævi 24 femmes sur 27, et 30 hommes sur 62 ; celle de M. Hutinel qui porte sur des enfants pris au hasard dans le service qu'il dirigeait aux Enfants-Assistés donne une proportion déjà moindre de 28 sur 90, et dans celle de Renault, dressée à la Maternité sur des nouveaux-nés de un à douze jours, observés pendant trois semaines, le taux s'abaisse à 6 sur 40. L'apparition tardive des nævi a été signalée à plusieurs reprises pour les nævi linéaires ; 18 ans dans un cas de nævi verruqueux systématisés publié par Th. Simon : le malade de MM. Balzer et Lecornu (Obs. VII) ne présentait à l'époque du service militaire aucune trace de nævus.

Il en résulte donc que la date d'apparition de la dermatose ne sera pas, dans tous les cas, suffisante à elle seule, pour distinguer les nævi des dermatoses acquises, d'autant plus que celles-ci peuvent fort bien apparaître dans la première enfance. Il suffit de se rappeler le jeune malade de l'observation XII, qui à l'âge de 4 mois fut atteint d'un lichen plan linéaire dont les traînées s'étendaient sur presque toute la surface tégumentaire. Ces faits ne sont pas rares. Séqueira a observé chez un enfant de 6 ans un petit lichen plan linéaire vers le pli de l'aîne ; Stowers en a décrit un autre chez un

enfant de 5 ans, allant du pubis à la cheville. (The British Journal of Dermatology, 1900, p. 439).

Ce que l'on voit surtout, ce sont des nævi déjà existants à la naissance ou dans l'enfance, s'étendre ou se multiplier plus tard. « Rien n'est aussi aisé chez des sujets atteints de nævi manifestes dans la première enfance, que de voir apparaître et évoluer des nævi d'abord imperceptibles ou inaperçus. » Besnier. — Et M. Hallopeau a publié l'observation d'un malade voir musée St-Louis, moulage 1548, dont le nævus systématisé, longtemps localisé aux doigts, s'est étendu plus tard à la face interne du membre supérieur gauche, et au tronc dans la sphère de distribution de trois nerfs intercostaux. De là, on pourrait être tenté de conclure que si, dans l'âge adulte, ou à l'adolescence, survient une dermatose linéaire à caractères douteux -- lichénoïde ou næviforme -- la présence de nævi anciens et bien caractérisés sur d'autres parties du corps, dût être un argument en faveur de la nature nævique de l'affection. Sans doute, cette coexistence de nævi devra toujours être prise en considération. Mais, disent MM. Balzer et Alquier, archives générales de médecine 1901 « il ne nous semble pas qu'elle soit un argument bien sérieux en faveur des nævi ; leur constatation montre bien que le sujet est un terrain propice au développement des nævi ; est-ce à dire que le sujet soit, par là-même indemne de toute autre affection cutanée ? »

La connaissance des conditions dans lesquelles s'est produite la dermatose sera parfois de quelque utilité

pour le diagnostic. En effet, le lichen, la névrodermite chronique surviennent souvent, chez des sujets prédisposés, à l'occasion d'une influence nerveuse : émotion, chagrin, choc moral : il en est de même des psoriasis qui de plus, bien souvent, est associé à d'autres manifestations de l'arthritisme ; une intoxication digestive se retrouve souvent à l'origine d'une poussée d'eczéma. Le *nævus*, au contraire, se développe spontanément, du moins en apparence. Il semble cependant, mais le fait doit être rare, qu'une cause irritative puisse provoquer le développement d'un *nævus*. Ce serait, en effet, un mois après l'application d'un papier Vlinsi que serait apparu chez la jeune malade de l'obs. VI le *nævus* verruqueux dont elle est atteinte, et MM. Gaucher et Crouzon qui rapportent ce cas, admettent que l'irritation produite par ce révulsif a dû agir comme cause provocatrice dans le développement de cette dermatose.

2^e Aspect clinique des lésions

Alors même qu'ils seront tardifs, les *nævi pigmentaires* et les *nævis pileux* ont des caractères si particuliers qu'il ne sera pas possible de les méconnaître. Il n'en est pas de même des *nævi kératosiques* qui moins nettement accusés pourront dans certains cas prêter à la discussion avec le lichen. On les reconnaîtra aux caractères suivants. Ils sont constitués par des éléments dont le dia-

mètre varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de un franc et plus, avec comme dimensions moyennes celles d'une lentille. Leur saillie peut être à peine marquée ou atteindre jusqu'à huit millimètres et au-dessus. Ils sont limités par des bords peu nets et reposent sur une base non indurée. Leur coloration varie de celle de la peau normale au jaune-grisâtre ou au brun-noirâtre des productions cornées ; leur surface, toujours sèche, est plate ou légèrement acuminée, lisse parfois, d'autrefois couverte d'aspérités et donnant au toucher une sensation râpeuse ; leur consistance est dure, parfois cornée ; cette consistance est surtout marquée aux extrémités et sur la face d'extension des membres. Dans les plis de flexion, par suite de la macération, les saillies deviennent plus molles ; elles s'y montrent aussi plus nombreuses. Réunis pour former des traînées ou des surfaces verruqueuses, les nævi sont séparés par des sillons plus ou moins étroits, au fond desquels la peau apparaît saine, rosée ou gris-brunâtre. Il faut ajouter qu'au niveau des traînées verruqueuses, il n'existe aucune douleur, aucun trouble de la sensibilité, aucune démangeaison ; et, si les nævi peuvent être un lieu de moindre résistance pour la localisation d'une affection secondaire telle qu'érythème, eczéma, ces faits sont rares, et il est exceptionnel que l'aspect du nævus soit dénaturé. Enfin, en faveur des nævi plaidera la multiplicité des traînées linéaires ; car, dans aucune dermatose les traînées ne nous ont paru pouvoir être aussi nombreuses.

Le *lichen plan*, encore appelé *lichen ruber planus* ou lichen de Wilson a comme élément caractéristique : la papule plane. Cette papule a la grandeur moyenne d'une tête d'épingle ; elle est polygonale, à bords nets et précis, et fait une légère saillie au-dessus des téguments ; elle est aplatie, quelquefois déprimée ou ombiliquée en son centre ; sa surface est lisse, brillante ; sa consistance est sèche et ferme ; sa coloration varie de la teinte rose-jaunâtre qui est la plus habituelle au rouge foncé ou violacé, mais peut ne pas différer de celle de la peau normale. Sur les papules anciennes, bien développées, isolées ou agglomérées se rencontrent souvent les stries ou ponctuations opalines sur lesquelles a insisté Wickham et qui constituent un signe pathognomonique, mais inconstant ; ces stries dessinent à la surface des papules des arborisations nodulaires ou des étoiles blanches ou grisâtres.

A côté de papules isolées, on constate des éléments plus grands : les plaques de lichen, qui résultent de la confluence de papules voisines. La grandeur de ces plaques varie de 4 millimètres à un centimètre ; leur forme est ronde, ovale ou irrégulière. Elles sont de coloration rouge bistre ou brunâtre, plus épaisses sur leurs bords qu'au centre. Contrairement aux éléments isolés qui ne sont pas squameux, leur surface est recouverte de squames fines très adhérentes. Les plaques un peu étendues sont quadrillées par des hâchures qui y dessinent des losanges ou des polygones de surface plane et brillante, leur donnant un aspect de mosaïque.

Le doigt qui les effleure à la sensation de la peau du chagrin.

En faveur du lichen, il faut ajouter le prurit : mais il faut bien savoir que celui-ci peut faire complètement défaut, ou n'apparaître qu'en même temps ou après le développement de la dermatose ; rarement il la précède. Le plus souvent il est léger et intermittent, quelquefois il est intense et même excessif au point de troubler le repos.

Tels sont les caractères qui permettront de reconnaître une traînée linéaire de lichen plan typique. Mais celui-ci pourra varier dans son aspect. La papule, au lieu d'être polygonale, pourra être hémisphérique : il s'agira alors de *lichen obtusus*. D'autres fois, les papules hémisphériques, en même temps que plus grosses seront rangées en chapelet, constituant le *lichen ruber obtusus moniliformis de Kaposi*. Dans certains cas enfin, l'aspect sera celui de *lichen corné hypertrophique* dont les éléments consistent en élevures verruqueuses, des dimensions d'un pois à celles de plaques nummulaires, roses ou rouges, habituellement recouverte de masses cornées, brunâtres ou plâtreuses très adhérentes. Cette dernière forme est assez ressemblante au névus verruqueux, mais alors même que le prurit ferait défaut, l'examen des éléments plus durs, plus pigmentés, moins nettement limités, d'aspect plus néoplasique dans le névus verruqueux, permettra le plus souvent, mais pas toujours — indépendamment de l'époque d'ap-

parition et du mode d'évolution — d'éviter la confusion.

Il est, avant tout, une erreur de diagnostic qu'il faudra se garder de commettre, c'est de prendre une traînée de lichen plan pour une traînée de *syphilides papuleuses*. Il faudra se rappeler que les syphilides papuleuses ne se disposent que d'une façon exceptionnelle en traînées linéaires, et qu'il n'en existe aucune observation précise. Mais surtout, elles n'ont pas les facettes brillantes, les contours nets, polygonaux, l'ombilication centrale de l'élément initial du lichen ; elles sont presque toujours squameuses ou squamo-croûteuses, soit à leur sommet comme dans les syphilides acnéïques ou lichénoïdes, soit à la périphérie comme dans les syphilides papuleuses lenticulaires qui présentent la collerette de Bielt ; enfin, elles ne donnent lieu, dans la majorité des cas, à aucun prurit accentué.

Le lichen plan devra aussi être différencié de la *névrodermite chronique linéaire*. Celle-ci, encore appelée *lichen simplex chronique d'E. Vidal*, en bande linéaire a comme symptôme premier et capital : le prurit. C'est un prurit toujours intense, continu ou plus souvent intermittent, précédant toujours les lésions cutanées d'un intervalle plus ou moins long, quelquefois très long. Nous avons vu qu'au contraire le prurit pouvait manquer dans le lichen plan.

L'élément caractéristique de la névrodermite chronique circonscrite est, comme dans le lichen plan, une papule. Mais cette papule diffère de celle du lichen en

ce qu'elle n'en a pas les limites si précises, polygonales, la coloration d'un rouge-bistre si particulier, l'aspect comme néoplasique qui fait que la papule du lichen plan est en quelque sorte bombée et comme tendue, en ce qu'elle n'a jamais d'ombilication centrale. On ne retrouve pas non plus dans la névrodermite les stries d'un blanc-grisâtre, stries de Wickham, absolument pathognomoniques et si fréquentes à la surface des papules bien développées du lichen plan. Si, d'ailleurs, les papules peuvent exister seules dans la névrodermite, elles sont, le plus souvent, accompagnées de deux autres zones externe et interne, entre lesquelles elles se trouvent situées : dans certains cas enfin, elles font défaut et seule existe l'une ou l'autre de ces zones. La zone externe -- premier degrés de l'affection -- apparaît comme une bordure irrégulière et de largeur variable, d'une coloration variant du café au lait clair au jaune brunâtre, d'aspect velvétique et comme formée de fines papules minuscules. La zone interne résulte de la confluence des papules et marque le degré le plus avancé de la dermatose. A son niveau les téguments sont épaissis et infiltrés : cette infiltration varie considérablement suivant les cas, et souvent même dans un même cas suivant les points considérés : elle peut n'être que papyracée ou constituer une hypertrophie énorme, presque éléphantiasique des téguments. La surface de cette zone est parcourue de sillons linéaires plus ou moins réguliers, dessinant un quadrillage rectangulaire ou losangique. Elle est presque toujours recouverte de squames fines, d'un

blanc grisâtre ou d'un gris-brunâtre, adhérentes et surtout visibles par le grattage.

La différenciation du lichen plan d'avec la névrodermite chronique peut être rendu très difficile par suite d'une altération particulière des éléments du lichen. Il arrive en effet, que les papules polygonales du lichen se déforment, perdent leurs bords si nets, ne présentent aucune strie de Wickham, deviennent squameuses, et sont séparées par des espaces où la peau apparaît rouge, plus ou moins épaissie ou d'aspect velvétique. Cette déformation affecte très souvent le lichen en traînée linéaire. Elle peut n'exister que sur une certaine étendue ou envahir toute une bande. M. Brocq l'attribue à une lichénification secondaire des éléments du lichen, par suite du grattage intense chez un malade prédisposé à faire de la lichénification. Il faudra, pour établir la nature du lichen rechercher au voisinage des éléments anormaux, mieux encore en des points éloignés, s'il n'existe pas de papules typiques. Il faudra surtout examiner la muqueuse buccale où l'on découvrira souvent la papule argentée caractéristique du lichen, examiner encore le gland sur lequel on remarquera parfois des papules aplaties, bistrées, polygonales et luisantes non moins caractéristiques. Mais dans bien des cas, il ne sera pas possible de déterminer si la lichénification est primitive ou secondaire. Il faut dire aussi que tous les auteurs ne sont pas aussi affirmatifs que M. Brocq sur la nature d'un lichen ainsi déformé. Après avoir étudié les cas bien nets de lichen en traînées li-

néaires, MM. Balzer et Alquier s'expriment ainsi (Archives gén. de Médecine 1901 — p. 929) : « Ces cas bien nets mis à part, l'aspect des dermatoses linéaires est le plus souvent fort embarrassant ; on constate de la rougeur et cet état spécial du derme auquel M. Brocq a donné le nom de lichénification ; les lésions peuvent être disposées en bandes uniformes ou bien en petites papules squameuses, séparées par des intervalles de peau simplement rouge, ou même à peu près saine ; on peut, dans ce cas, adopter la qualification de « dermatoses lichénoïdes » qui a le mérite de ne rien préjuger de la nature véritable de l'affection.

Le *psoriasis* est une des dermatoses linéaires qui prêteront le moins à la confusion. L'élément qui le caractérise est en effet typique. C'est une tache d'un rouge vif, nettement circonscrite, recouverte de squames sèches, nacrées, lamelleuses, friables, d'une abondance parfois très grande, pouvant atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur. Par le grattage méthodique la squame se détache par gros lambeaux d'abord, puis se résout en une fine poussière blanche, comme le ferait une tache de bougie : signe de la tache de bougie. L'ongle ensuite arrive sur une surface rouge et luisante, de laquelle on peut détacher une fine pellicule venant par lambeaux de plusieurs millimètres carrés ; au-dessous on voit sourdre, parfois après un certain temps, de fines gouttelettes de sang : signe de la rosée sanglante, piqueté hémorragique de Devergie. Les taches de psoriasis peuvent avoir les dimensions d'une tête d'épingle,

d'une goutte de cire, d'une lentille, d'une pièce de monnaie et plus ; elles sont arrondies, ovalaires ou allongées et se fusionnent plus ou moins entièrement pour former les longues trainées de psoriasis. Enfin dans les cas typiques, il n'existe aucun prurit et la tâche repose sur une base non saillante, non infiltrée.

Il est des cas cependant où la squame psoriasique, très fine repose sur une base légèrement saillante, papuleuse et où le prurit est assez intense. C'est à ces cas anormaux, rappelant le lichen, et relativement fréquents dans les trainées linéaires de psoriasis qu'on donne le nom de « *psoriasis lichénoïde*. » Mais même au niveau des éléments altérés, le grattage méthodique amènera presque toujours le piqueté hémorragique. Le plus souvent aussi il sera possible de retrouver des tâches typiques aux faces d'extension des genoux et des coudes qui sont les sièges d'élection du psoriasis. Par contre, la recherche de la papule plane, des stries de Wickham sera négative de même que l'examen de la muqueuse buccale, le psoriasis buccal étant nié par la majorité des auteurs. De sorte que, dans la plupart des cas, la nature psoriasique de l'affection pourra être déterminée. Quelquefois cependant, le diagnostic de psoriasis linéaire offrira de sérieuses difficultés ; l'exemple suivant le prouve. A la Société de Dermatologie (10 mars 1898) fut en effet présentée par MM. Balzer et Mercier une dermatose linéaire, dont l'aspect des lésions rappelait à tel point le lichen, que ce diagnostic fut porté par plusieurs auteurs, alors qu'en réalité il s'agissait d'un pso-

riasis linéaire lichénoïde. C'est en effet à ce diagnostic que dut conclure quelques mois plus tard M. Hallopeau qui était parvenu à guérir le malade à l'aide de l'acide chrysophanique.

Quoique pouvant apparaître chez des tout jeunes enfants, *l'eczéma* n'a aucun point de ressemblance avec le *nævus*, et le diagnostic ne se posera pas entre ces deux affections. Mais il peut arriver que l'eczéma complique un *nævus* encore peu développé et le masque totalement ou seulement en partie. L'évolution seule dans ce cas permettra de reconnaître l'existence et l'étendue exacte de la malformation cutanée. Nous n'insisterons pas davantage sur la différenciation du lichen d'avec l'eczéma. Nous dirons seulement que certains eczémas prurigineux des enfants s'accompagnent assez fréquemment de petites papules brillantes ; non prévenu de cette éventualité on pourrait se croire en présence d'un lichen plan eczématisé ; mais ces papules ne sont pas à bords nets, polygonaux et sont généralement éphémères. La névrodermite chronique circonscrite se distinguera de l'eczéma par l'absence de rougeur vive ; de vésiculation, de suintement, de formation de croûtelles jaunâtres ou brunâtres et par ses signes propres. Il arrive cependant que l'eczéma se lichénifie, et qu'inversement la névrodermite chronique se complique d'eczématisation ; on constate alors des plaques dures, rugueuses, épaissies, sillonnées de quadrillages plus ou moins complets, avec des vésicules, du suintement, des croûtelles. Il peut être délicat de préciser quelle a été l'af-

fection première. Il faudra se baser sur l'anamnèse, sur ce fait qu'une lichénification secondaire à une poussée d'eczéma a rarement la même importance que la lichénification primitive de la névrodermite. Il faudra surtout considérer l'évolution, l'eczéma lichénifié étant moins rebelle que la névrodermite chronique. Entre l'eczéma et la psoriasis, il n'y aura, dans la majorité des cas, aucune confusion possible. Dans certains cas, cependant, le psoriasis peut prendre l'apparence de plaques très rouges dénudées de squames ou recouvertes de croûtes ou abondamment suintantes comme un eczéma rubrum : les bords en sont parfois irréguliers. La nature de cet eczéma psoriasis des auteurs anciens est discutable : s'agit-il d'un psoriasis eczématisé ? ou bien d'une eczématide psoriasiforme ? Cette dernière opinion est plus vraisemblable d'après M. Darier, quoiqu'il ne soit pas rare de constater chez le même malade des taches de psoriasis typiques aux coudes et aux genoux.

Quant aux *bandes de sclérodermie*, leurs caractères sont tout à fait particuliers. Elles sont limitées par un contour bien tranché, leur couleur est blanche ou jaunâtre, couleur vieil ivoire ; elles sont de niveau avec la peau voisine ou font une saillie plus ou moins accusée : elles peuvent être déprimées ; leur surface est lisse, dépourvue des plis ordinaires de la peau, et il n'est pas possible de la plisser. Leur consistance est dure et lardacée, donnant l'impression d'un morceau de cuir enchassé dans la peau, et cette induration peut être superficielle ou intéresser tout le derme ou même l'hypoderme e

adhérer au périoste ou aux aponévroses. Leur limite est marquée par un fin liseré lilas. Elles sont généralement tout à fait indolentes et leur sensibilité est normale. Quand elles siègent sur les parties velues, elles amènent la chute des poils. En somme, il n'est pas possible de confondre la sclérodermie en bandes avec aucune autre dermatose linéaire. Le lichen plan atrophique présente seul quelque ressemblance avec elle ; mais il a des caractères propres qui permettent de le reconnaître facilement. Il apparaît, en effet, formé de la confluence de petites macules similaires ou lenticulaires, blanches, nacrées, arrondies ou polycycliques, résultant de l'affaissement cicatriciel des papules de lichen plan ; il est très peu induré et criblé de bouchons cornés correspondant aux orifices sudoripares.

3° Evolution des lésions

L'évolution aidera beaucoup, dans certains cas, à déterminer la nature de la dermatose linéaire. Les *naevi* restent stationnaires ou s'accroissent lentement, parfois comme par poussée, mais n'ont aucune tendance à la régression ; on peut leur voir prendre une allure maligne. Le *lichen plan* peut disparaître déjà après quelques semaines. Dans quelques cas, à tendance chronique, cette régression demande des mois ; on assiste à l'affaissement de la papule en même temps que la pigmentation augmente au point de pouvoir acquérir la teinte sépia ; puis, cette teinte disparaît à son

four, et il peut ne rester aucune trace des lésions primitives, ou seulement à la place des papules une petite dépression d'un blanc-grisâtre, à aspect atrophique superficiel. La *névrodermite chronique circonscrite* demande pour guérir des mois et souvent des années. Le prurit disparaît en premier ; les saillies papillaires s'affaissent peu à peu, en même temps que le quadrillage devient de moins en moins net et que la peau reprend sa souplesse. Le *restitutio ad integrum* peut-être obtenu, mais, dans beaucoup de cas, il persiste pendant longtemps encore une certaine coloration brunâtre des téguments. Les récidives se rencontrent, de même d'ailleurs que dans le lichen. L'*eczéma lichénifié* dure moins longtemps que la névrodermite chronique. Le *psoriasis lichénoïde* a une durée plus longue que le psoriasis normal ; mais ses éléments, en s'affaissant, ne passent pas par la phase de pigmentation du lichen. Au cours de l'évolution d'un psoriasis linéaire anormal, il ne sera d'ailleurs pas rare de voir apparaître des éléments de psoriasis typique. Quant aux bandes de *sclérodémie*, elles persistent pendant plusieurs années : elles finissent le plus souvent par disparaître spontanément et la réparation peut être intégrale : mais il subsiste parfois des plaques d'atrophie cutanée indélébiles.

L'*Influence du Traitement* permettra parfois d'élucider un diagnostic douteux. Dans certains cas exceptionnels, on pourra recourir à la *Biopsie*. Ce sont là deux questions importantes ; mais le cadre de ce travail ne nous permet pas d'entreprendre leur étude.

Pathogénie

Des observations que nous avons nous-même recueillies et de celles que nous avons pu consulter dans d'autres travaux, il nous a paru ressortir que, quelle que soit la variété de dermatose linéaire et quelle que soit la région atteinte, les traînées linéaires ne se disposaient pas d'une façon indifférente.

A la face, où on ne trouve guère que des traînées de naevi, elles occupent avec une prédilection particulière de ligne médiane ; assez souvent encore elles s'y montrent obliques en haut et en arrière.

Sur le tronc, la disposition des dermatoses linéaires peut être nettement transversale. Elle peut répondre à un espace intercostal, mais il arrive rarement qu'elle le suive durant tout son parcours. Beaucoup plus souvent, elle est oblique en haut et en dehors. Lorsqu'une traînée linéaire occupe toute une demi-circonférence du tronc, il n'est pas rare de la voir, grâce à cette obliquité, décrire un angle ouvert en bas, dont le sommet

répond à la ligne mamelonnaire ou à une ligne fictive dressée verticalement en dehors de celle-ci. Une disposition très fréquente est l'existence d'une trainée verticale sur la ligne médiane antérieure. Par contre, dans aucun cas, nous n'avons constaté une trainée semblable sur la ligne médiane postérieure. Ce n'est pas, cependant, que cette ligne ne puisse être atteinte ; dans quelques cas, en effet, nous l'avons trouvée occupée par des nævi. Mais ces derniers s'y présentent sous forme de surface irrégulière, empiétant inégalement sur les moitiés postérieures du tronc, où sous forme de surface régulière comme dans l'obs. II, où deux triangles verruqueux, à sommet inférieur et nettement médian, occupent et débordent la ligne épineuse dans sa région dorsale.

Les trainées linéaires effectuent, en général, tout leur trajet sur une moitié du tronc ; il est exceptionnel que l'une d'elles empiète sur le côté opposé. Il en est d'ailleurs de même à la face. Plusieurs fois, il nous a été possible de constater le passage de ces trainées sur les membres supérieurs. Dans quelques cas beaucoup plus rares, nous avons vu naître sur la partie inférieure de la surface tégumentaire du ventre des trainées qui, croisant le pli inguinal, se continuaient plus bas sur la face antéro-interne de la cuisse. Dans tous ces cas, de passage du tronc vers les membres, il est remarquable de voir les trainées obliques ou horizontales sur le tronc affecter sur les membres une direction franchement longitudinale.

Sur les membres, les dermatoses linéaires sont en effet constamment longitudinales. Elles cheminent dans l'axe du membre et peuvent être nettement rectilignes ; il est rare cependant qu'elles ne présentent sur une partie de leur trajet une ou plusieurs courbes, à rayon en général très grand, et dont la concavité regarde en avant ou en arrière, en dedans ou en dehors. Parfois elles ont un trajet spiroïdal ; mais la spire qu'elles décrivent ne fait jamais le tour du membre.

Il peut n'exister qu'une seule traînée sur un membre. Quand il en existe plusieurs, elles sont en général, indépendantes les unes des autres. Mais il peut se faire que d'une bande principale se détachent à angle plus ou moins aigu, sur les différents points de son parcours, une ou plusieurs traînées secondaires, pouvant aller rejoindre une traînée voisine. Ce que l'on voit surtout, c'est une traînée principale se diviser au point où elle se termine ; le fait est rare quand elle prend fin au-dessus du poignet ou du cou-de-pied ; mais il se rencontre souvent à la face dorsale de la main ou du pied, où une traînée principale se divise en deux ou plusieurs branches secondaires, qui se dirigent en divergeant vers la base des doigts ou des orteils.

Un seul membre peut être atteint. Lorsque les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs sont le siège de traînées linéaires, celles-ci peuvent y être symétriques. Il est rare toutefois que cette symétrie soit parfaite.

Sur les membres inférieurs, les dermatoses linéaires

occupent avec prédilection les faces postérieure et interne et surtout postero-interne ; il est moins fréquent de les voir suivre les faces externe et postér-externe ; il est rare qu'elles cheminent sur la face antérieure. Sur les membres supérieurs, elles occupent surtout les faces postero-interne et postero-externe ; les faces antérieure et postérieure sont plus rarement suivies. Vers la partie inférieure de l'avant-bras, il est assez fréquent de voir les traînées dont la direction répondait à la partie externe ou interne de la face antérieure du membre obliquer en arrière pour gagner la face dorsale du poignet et de la main.

Aux mains comme aux pieds les traînées linéaires occupent de préférence la face dorsale. Elles y sont disposées sous forme de lignes plus ou moins divergentes, allant du cou-de-pied ou du poignet vers la base des doigts ou des orteils, sur lesquels elles se continuent, après que, souvent, elles se sont divisées en deux lignes secondaires qui longent les deux bords correspondants de deux doigts ou orteils voisins.

En somme, la disposition des dermatoses en traînées linéaires paraît bien obéir à une cause. Elle a depuis longtemps frappé les observateurs, et pour l'expliquer les théories les plus diverses ont été invoquées. Comme nous l'avons dit au début de cette thèse, certains auteurs incriminent un trouble de la circulation sanguine du lymphatique ; d'autres, une influence nerveuse ; quelques-uns voient une coïncidence assez marquée entre la disposition de certaines traînées et la direc-

tion des lignes d'implantation des poils, des « Haarstrôme » : certains enfin croient trouver la raison de la disposition linéaire des dermatoses dans une prédisposition se rattachant au développement embryonnaire, et indépendante du système nerveux. Dans l'étude de ces théories, nous ne respecterons pas l'ordre chronologique ; mais pour la commodité de la description, nous exposerons et discuterons successivement les théories suivantes :

1^o Théories vasculaires sanguine et lymphatique.

2^o Théories nerveuses.

3^o Théorie des « Haarstrôme. »

4^o Théorie embryonnaire.

I. Théories vasculaires

Heller et Manchot ont cru constater une certaine relation dans la distribution des *nœvi* linéaires, l'un avec les vaisseaux lymphatiques, l'autre avec les vaisseaux artériels et veineux. Kopp, d'autre part, supposait que les *nœvi*, du fait de leur pigmentation, étaient toujours en rapport avec les vaisseaux sanguins. Enfin, dans les *Archiv für Dermat. und Syphilis* de 1902, p. 179, Gunsett a donné l'observation d'une femme de 65 ans, atteinte depuis 14 ans d'un lichen ruber planus avec papules polygonales ou arrondies, nettement ombiliquées, groupés en cordons durs, saillants de 4 à 5 millimètres, d'une coloration allant du rouge livide au rouge brun.

et répondant à peu près au trajet des veines superficielles des membres inférieurs, de telle sorte que les jambes et les cuisses paraissent au premier abord recouvertes d'un réseau de veines variqueuses.

Est-ce à dire que la disposition linéaire des dermatoses soit sous la dépendance d'un trouble de la circulation sanguine ou lymphatique ? Cela n'est pas probable, et les théories vasculaires sont aujourd'hui généralement abandonnées. A part l'observation de Gunsette, où il s'agit d'ailleurs d'un lichen en réseau, plutôt que d'un lichen franchement linéaire, dans aucun cas les traînées linéaires ne nous ont paru répondre au trajet des vaisseaux lymphatiques ou sanguins superficiels. On se demande d'ailleurs comment une veine, une artère ou un lymphatique dont le territoire cutané est vaste, en nappe, pourrait impressionner un territoire cutané linéaire, nettement limité, comme est celui des dermatoses en traînée. En outre, la pigmentation des *nœvi* linéaires, hormis les *nœvi* vasculaires, les *angio-*mes dont il n'est pas question ici, ne dépend pas, contrairement à ce que dit Kopp, de la vascularisation, mais d'une quantité anormale de pigment dans les couches inférieures de l'épiderme, notamment dans la couche génératrice.

Dans la sclérodermie, les lésions des artérioles de la peau sont très précoces, et la sclérose paraît débiter autour d'elles. Mais l'existence de ces lésions n'explique pas la disposition en bandes de cette affection ; une longue bande croise en effet plusieurs territoires artériels, et il

faudrait savoir pourquoi les lésions atteignant tant d'artérioles restent limitées en largeur. Marianelli (1895) a d'ailleurs prétendu que les altérations artérielles n'étaient pas constantes dans la sclérodermie.

II. — Théories nerveuses.

Beaucoup d'auteurs rapportent à une influence nerveuse la disposition en trainées linéaires des dermatoses. Mais, tandis que les uns subordonnent la topographie des dermatoses linéaires au territoire d'un nerf périphérique, d'autres la subordonnent au territoire d'une racine rachidienne, ou encore d'un segment métamérique de la moelle. D'aucuns enfin, avec Philipson, admettent que les trainées linéaires répondent aux lignes de Voigt, lignes frontières des territoires nerveux, périphériques. Il nous faut donc étudier les rapports des dermatoses linéaires successivement avec : 1° les nerfs périphériques ; 2° les racines ou ganglions rachidiens ; 3° les segments métamériques de la moelle ; 4° les lignes de Voigt.

1° Rapports des dermatoses en trainées linéaires avec les nerfs périphériques

Il arrive que des trainées de dermatoses linéaires se cantonnent tout entières ou presque dans le territoire

d'un nerf périphérique. Depuis longtemps, cette coïncidence avait été remarquée pour les nævi linéaires par Th. Simon, qui les avait appelés nævi nervorum. Etienne en 1897, dans la nouvelle iconographie de la Salpêtrière a étudié un certain nombre de nævi au point de vue de leurs rapports avec le système nerveux et il en a décrit quelques-uns disposés suivant les territoires périphériques des nerfs, entre autres suivant les 5 branches du plexus cervical superficiel. Hallopeau, dans sa leçon sur les nævi (1891) en avait aussi relaté quelques cas. La même coïncidence a été constatée par certains auteurs pour le lichen. Danlos (soc. franç. de dermat., séance du 10 fév, 1898) a présenté un cas de lichen plan développé sur le territoire du petit sciatique. Chez un malade de Djelaleddin-Moukter (soc. de dermat. 1891) des traînées de lichen siégeaient sur le trajet du grand nerf sciatique, du sciatique poplité externe et du nerf tibial antérieur. Deux moulages du Musée St-Louis (n° 1962 et 2014) représentent deux dermatoses lichénoïdes localisées au territoire du petit sciatique.

Dans les observations que nous avons recueillies, quelques traînées linéaires apparaissent développées dans le territoire d'un nerf périphérique. Chez la petite malade de l'obs. I, la traînée nævique longeant le bord interne de la main droite répond tout entière au territoire du Cubital ; mais, malgré le nombre considérable des traînées verruqueuses existant chez cette malade, c'est la seule qui soit toute entière contenue dans le

territoire cutané d'un même nerf. Chez le malade de l'observation VII, trois traînées néviques répondent aux territoires des trois nerfs intercostaux moyens du côté droit. Dans l'observation remarquable de MM. Gasne et Chiray (obs. XI), un lichen en traînée linéaire s'est développé dans le territoire de l'accessoire du brachial cutané interne. La longue traînée de lichen, occupant la face postérieure du membre inférieur gauche du malade de l'obs. VIII, répond dans sa plus grande étendue au territoire du petit sciatique. Une localisation semblable se remarque pour la longue bande de lichen occupant la face postérieure du membre inférieur gauche du malade de l'obs. IX. Dans sa partie supérieure, la bande de névrodermite de l'obs. XIV répond aussi au petit sciatique. Dans l'observation de M. Thibierge (Obs. XVI) nous voyons un psoriasis linéaire développé dans le territoire du nerf saphène interne gauche. Enfin les traînées de psoriasis lichénoïde occupant la cuisse du malade de l'obs. XVIII sont comprises presque tout entières dans le territoire du petit sciatique.

Le fait n'est donc pas douteux : dans certains cas les dermatoses linéaires répondent aux territoires des nerfs périphériques. Doit-on dès lors chercher dans une altération de ces nerfs la raison de la disposition en traînées des dermatoses? C'est là, on le sait, une théorie admise pour expliquer la localisation de certains zonas.

Il faut dire que, d'une manière générale, les lésions des nerfs périphériques semblent prédisposer aux dermatoses. Dans sa thèse d'agrégation (Paris 1880),

M. Arnozan cite un cas appartenant au professeur Brouardel et dont voici le résumé : Un homme de 60 ans, n'ayant jamais eu d'eczéma, subit une violente contusion de l'épaule, à la suite de laquelle apparurent des douleurs irradiées le long du bras, puis un eczéma limité au domaine du nerf radial ; il devient rapidement étendu et guérit sans récurrence ultérieure. On ne peut s'empêcher d'admettre dans ce cas une relation de cause à effet entre la lésion nerveuse et l'apparition de la dermatose. Dans un autre cas, dû à du Castel, un traumatisme ayant atteint la région du nerf cubital fut suivi au bout de 15 jours de l'apparition d'une dermatose linéaire qui s'étendit ensuite sur le domaine du nerf cubital, empiétant un peu sur le territoire du brachial cutané interne. MM. Balzer et Alquier, qui rappellent ce cas (*Arch. gén. de Méd.* 1901) regardent comme très possible qu'une névrite au cubital ait produit cette dermatose en trainée. M. Brocq, d'autre part, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (10 mars 1898) parle des « faits déjà connus d'eczéma développé dans le territoire d'un nerf périphérique ». Nous ajouterons encore que le malade de M. Thibierge (*Obs. XVI*) chez lequel un psoriasis linéaire s'était développé dans le territoire du saphène interne, était atteint de névralgie sciatique récidivante, et que le malade de MM. Gasne et Chiray (*Obs. XI*) présentait des crises d'angine de poitrine avec irradiations dans la zone de l'accessoire du brachial cutané interne gauche, territoire sur lequel est apparu le lichen plan linéaire.

Tous ces faits semblent plaider en faveur de l'altération d'un nerf périphérique, comme cause de la disposition en traînées des dermatoses. Sans doute, nous ne nions pas que, dans certains cas, la lésion ou la simple irritation d'un nerf périphérique ne puisse être le point d'appel d'une dermatose chez un sujet prédisposé, et qu'elle ne puisse même y affecter la disposition linéaire. Il nous faut dire toutefois que, dans aucun cas de dermatose en traînée, les lésions histologiques manifestes de la névrite n'ont été signalées. Même dans la névrodermite chronique circonscrite ou les démangeaisons sont si vives, il n'existe pas de lésions anatomiques constatables des nerfs superficiels. Et dans la sclérodermie où ces lésions sont pour ainsi dire constantes, elles sont toujours tardives et paraissent secondaires à la sclérose de la peau. Mais, même en admettant avec M. Hallopeau une simple influence trophonévrotique, sans nécessité de névrite, il ne nous paraît pas possible de subordonner à une influence nerveuse périphérique tous les cas de dermatoses linéaires.

En effet, s'il est vrai qu'une traînée linéaire peut répondre dans toute sa longueur au territoire d'un même nerf, cette disposition reste exceptionnelle. En général, les dermatoses linéaires cheminent sur différents territoires nerveux, passant de l'un à l'autre sans interruption. Nous avons vu qu'au thorax un grand nombre de traînées étaient obliques en haut et en dehors : cette direction est tout à fait différente de celle des nerfs intercostaux qui se dirigent en bas et en dehors. Les lon-

M. Arnozan cite un cas appartenant au professeur Brouardel et dont voici le résumé : Un homme de 60 ans, n'ayant jamais eu d'eczéma, subit une violente contusion de l'épaule, à la suite de laquelle apparurent des douleurs irradiées le long du bras, puis un eczéma limité au domaine du nerf radial ; il devient rapidement étendu et guérit sans récurrence ultérieure. On ne peut s'empêcher d'admettre dans ce cas une relation de cause à effet entre la lésion nerveuse et l'apparition de la dermatose. Dans un autre cas, dû à du Castel, un traumatisme ayant atteint la région du nerf cubital fut suivi au bout de 15 jours de l'apparition d'une dermatose linéaire qui s'étendit ensuite sur le domaine du nerf cubital, empiétant un peu sur le territoire du brachial cutané interne. MM. Balzer et Alquier, qui rappellent ce cas (Arch. gén. de Méd. 1901) regardent comme très possible qu'une névrite au cubital ait produit cette dermatose en traînée. M. Brocq, d'autre part, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (10 mars 1898) parle des « faits déjà connus d'eczéma développé dans le territoire d'un nerf périphérique ». Nous ajouterons encore que le malade de M. Thibierge (Obs. XVI) chez lequel un psoriasis linéaire s'était développé dans le territoire du saphène interne, était atteint de névralgie sciatique récidivante, et que le malade de MM. Gasne et Chiray (Obs. XI) présentait des crises d'angine de poitrine avec irradiations dans la zone de l'accessoire du brachial cutané interne gauche, territoire sur lequel est apparu le lichen plan linéaire.

Tous ces faits semblent plaider en faveur de l'altération d'un nerf périphérique, comme cause de la disposition en traînées des dermatoses. Sans doute, nous ne nions pas que, dans certains cas, la lésion ou la simple irritation d'un nerf périphérique ne puisse être le point d'appel d'une dermatose chez un sujet prédisposé, et qu'elle ne puisse même y affecter la disposition linéaire. Il nous faut dire toutefois que, dans aucun cas de dermatose en traînée, les lésions histologiques manifestes de la névrite n'ont été signalées. Même dans la névrodermite chronique circonscrite ou les démangeaisons sont si vives, il n'existe pas de lésions anatomiques constatables des nerfs superficiels. Et dans la sclérodermie où ces lésions sont pour ainsi dire constantes, elles sont toujours tardives et paraissent secondaires à la sclérose de la peau. Mais, même en admettant avec M. Hallopeau une simple influence trophonévrotique, sans nécessité de névrite, il ne nous paraît pas possible de subordonner à une influence nerveuse périphérique tous les cas de dermatoses linéaires.

En effet, s'il est vrai qu'une traînée linéaire peut répondre dans toute sa longueur au territoire d'un même nerf, cette disposition reste exceptionnelle. En général, les dermatoses linéaires cheminent sur différents territoires nerveux, passant de l'un à l'autre sans interruption. Nous avons vu qu'au thorax un grand nombre de traînées étaient obliques en haut et en dehors : cette direction est tout à fait différente de celle des nerfs intercostaux qui se dirigent en bas et en dehors. Les lon-

phériques et que c'était là une des raisons par lesquelles on ne pouvait admettre, du moins dans tous les cas, que la disposition en traînées des dermatoses fût sous la dépendance de l'altération d'un nerf cutané. On peut donc se demander si leur distribution ne correspond pas aux rhizomères, c'est-à-dire aux territoires de la surface tégumentaire dépendant des racines postérieures de la moelle. L'explication que l'on a donnée de la topographie de certains zones se trouverait ainsi étendue aux dermatoses linéaires. On sait, en effet, que Bârensprung, et après lui Charcot et Cotard, Satler, Chandelux, ayant constaté, à plusieurs reprises, dans le zona des lésions des ganglions rachidiens, placèrent dans le siège même de ces lésions la cause de la distribution particulière de certains cas d'herpès zoster.

Les territoires des racines rachidiennes diffèrent totalement de ceux des branches nerveuses fournies par les plexus. Chaque racine en effet, par suite de l'entrelacement des paires rachidiennes au niveau du plexus, dissémine ses fibres dans plusieurs nerfs ; et de ce fait, son territoire, au lieu de se modeler sur celui d'un nerf, empiète sur celui de tous les nerfs auxquels elle envoie des fibres. Mais la délimitation des territoires rhizomériques est pleine de difficultés. En raison même de l'enchevêtrement des racines rachidiennes dans les plexus, il est en effet absolument impossible par la dissection de suivre individuellement ces racines jusqu'à leur terminaison. Toutefois, les recherches expérimentales de Sherrington ont fourni des résultats qui concordent as-

sez exactement avec ceux obtenus par Allen Star, par Thornburn, par Kocher dans leurs recherches anatomocliniques. De sorte que, si la topographie des territoires rhizomériques n'a pas encore été déterminée d'une façon rigoureusement précise, nous possédons pourtant sur l'innervation cutanée des racines rachidiennes des données qui ne doivent pas être trop éloignées de la réalité. Sur le tronc les rhizomères se présentent sous forme de segments horizontalement disposés et régulièrement situés les uns au-dessus des autres, différant ainsi de la disposition des territoires des nerfs intercostaux dirigés parallèlement aux côtes. Sur les membres, ils offrent l'aspect de longues bandes dirigées suivant l'axe. Très nette sur les membres supérieurs, où les bandes rhizomériques se montrent parallèles les unes aux autres, cette disposition l'est beaucoup moins toutefois sur les membres inférieurs où certaines bandes se pénètrent en coin, offrant la forme de V ou d'Y.

A vrai dire, la topographie des rhizomères semble, à première vue, offrir quelque concordance avec la distribution des dermatoses linéaires, et nous avons vu correspondre, d'une façon assez exacte, à des territoires rhizomériques des traînées de dermatoses qu'il nous avait été impossible de localiser à des territoires nerveux périphériques. Si nous comparons les schémas de Thornburn avec les traînées nœviques de la petite malade de l'Obs. I., nous trouvons que la bande verruqueuse qui descend à la face antérieure du membre supérieur gauche répond dans presque toute son étendue au territoire

brachial de la sixième cervicale (c^6). Cependant, au bras où la bande est formée de stries espacées les unes des autres, les stries externe et interne empiètent un peu sur les territoires voisins. Chez la même malade, les deux traînées horizontales que l'on voit au-dessous de l'aisselle sur la face latérale droite du thorax sont contenues tout entières dans les territoires des troisième et quatrième dorsales droites (D^3 , D^4); de même, les deux bandes, en demi-ceinture qui entourent le thorax à sa base sont, dans leur plus grande étendue, situées dans le domaine des huitièmes dorsales (D^8); mais l'angle à sommet inférieur qu'elles décrivent sur les flancs empiète fortement sur les territoires sous-jacents; quant à leurs lignes d'épanouissement, elles croisent obliquement plusieurs territoires rhizomériques. La deuxième bande de lichen plan qui chemine à la face postérieure de la cuisse droite du malade de l'obs. X est tout entière située dans le domaine de la deuxième paire sacrée (S^2); dans la même observation, le territoire de la première sacrée (S^1) est complètement déterminé par la dermatose au niveau de la face dorsale du gros orteil. La bande de névrodermite chronique dont est atteinte la malade de l'Obs. XIII répond assez bien au territoire brachial de la cinquième cervicale (C^5). Les bandes de sclérodermie dont nous donnons l'observation ne correspondent à aucun territoire rhizomérique, mais dans d'autres cas cette concordance a été signalée.

Faut-il donc placer dans l'altération des racines postérieures ou des ganglions rachidiens la cause de la

disposition en trainées des dermatoses ? Avant même que ne fussent connus les schémas que Thorburn, Allen Star et autres ont donnés des territoires rhizomériques, Bärensprung, et après lui Pott, Girhardt avaient admis cette hypothèse pour expliquer les nævi linéaires unilatéraux. A notre avis, si elle peut être admise pour expliquer, dans certains cas, la disposition en trainées des dermatoses, elle ne peut pas être généralisée, et elle est passible de la plupart des reproches que nous avons adressés à la théorie nerveuse périphérique. Tout d'abord, si l'altération des ganglions rachidiens a pu être constatée dans certains cas de Zona, elle ne l'a été dans aucune des dermatoses dont il est ici question. De plus, en dépit des quelques exemples de concordance que nous avons signalés plus haut entre les territoires rhizomériques et la disposition des dermatoses linéaires, il est exceptionnel qu'une trainée de dermatose soit comprise tout entière dans un rhizomère. En effet, si l'on suit une trainée de dermatose sur les membres supérieurs où pourtant les dermatoses linéaires et les rhizomères ont la même direction générale, on se rend compte que cette trainée, par les courbures, par son trajet légèrement oblique ou spiroïdal, chemine presque toujours sur plusieurs territoires rhizomériques. Comme d'ailleurs les bords externes et internes des bras et des avant-bras sont sous la dépendance (schéma de Thornbern de C^5 et D^1 , et que les bords externe et interne des mains dépendent de C^6 et C^3 , il s'ensuit qu'une longue bande de dermatose occupant toute la

longueur des bords externe ou interne des membres supérieurs répondra au moins à deux territoires rhizomériques. La concordance est moins parfaite encore aux membres inférieurs où les rhizomères, loin d'être parallèles, sont limités par des bords parfois très obliques. Quant aux rhizomères du tronc dont la disposition est horizontale, ils sont le plus souvent en contradiction avec la direction des trainées linéaires de dermatoses qui, dans la majorité des cas, sont obliques en haut et en dehors.

Sans doute, dans les cas où la discordance n'est que légère, on pourrait admettre des variations individuelles, une anomalie dans les limites des territoires rhizomériques. Mais, alors même que nous trouvions une ou même deux bandes dont le trajet fût contenu en entier dans le territoire cutané d'une racine rachidienne, il existe toujours, si les trainées sont multiples, d'autres trainées linéaires qu'il n'est pas possible de localiser à d'autres rhizomères. C'est ce qui a lieu pour les quelques cas où il nous fut possible de trouver une concordance assez exacte avec les territoires rhizomériques ; à côté des trainées concordantes, il en est d'autres qui sont en pleine contradiction avec la disposition des territoires rhizomériques eux-mêmes.

Et encore, si même l'on admettait que les racines ou les ganglions rachidiens fussent en jeu pour localiser les dermatoses sur leurs territoires d'innervation, il ne serait pas démontré pourquoi ces dermatoses y affectent la disposition en trainées linéaires.

5 Rapports des dermatoses linéaires avec les segments métamériques de la moelle

D'après les promoteurs de la théorie métamérique, le corps humain serait, à l'origine, décomposable en un certain nombre de segments superposés, auxquels Hœckel a donné le nom de *métamères*. Chacun de ces segments a, au début, sa vie propre, indépendante et comprend entre autres un segment de centre nerveux ou *neurotome*, et un segment de territoire cutané ou *dermatomère*. Tous ces segments se solidarisent, se confondent bientôt de façon à former l'individu complet, définitif. Mais il ne semble pas, qu'ils perdent jamais d'une manière absolue leur individualité, et il paraît bien établi, que l'influence de la métamérisation se fasse toujours sentir dans les rapports de la moelle avec les différentes parties du corps, et que, en particulier, les dermatomères demeurent indéfiniment sous la dépendance des neurotomes ou myéломères correspondants. En sorte que, sur la surface cutanée, en plus des territoires dépendant des racines rachidiennes, s'en trouvent d'autres rappelant la métamérisation primitive, et en rapport chacun avec un segment métamérique de la moelle.

L'hypothèse d'une altération des segments métamériques de la moelle a été soutenue par Brissaud pour expliquer la localisation segmentaire de certains zonas. Il

est en effet des cas de zona qui ne coïncident ni avec la localisation radiculaire, ni avec la localisation nerveuse périphérique. Tels les zonas des membres qui envahissent tout un segment en se limitant à lui (bras, avant-bras, cuisse). Aux faits de cette catégorie, Brissaud, et après lui Ballet, Achard ont appliqué la théorie métamérique spinale. Par extension, on a tenté d'attribuer les dermatoses linéaires au retentissement qu'exercent sur les dermatomères les lésions des myelomères.

Pour bien savoir ce que vaut cette hypothèse, il conviendrait que la métamérie spinale et cutanée fût mieux connue. Or, les descriptions que nous possédons de Brissaud et de Head sur la topographie des territoires cutanés en rapport avec les segments métamériques de la moelle sont loin de concorder. Si cette dissemblance se remarque à peine sur le tronc où les dermatomères se présentent sous forme de bandes horizontales régulièrement superposées, qui diffèrent peu d'ailleurs des territoires myotomiques elle est très marquée sur les membres et surtout sur les membres supérieurs.

En effet, selon Brissaud, les dermatomères affectent sur les membres l'aspect qu'on leur a donné sur le tronc. Ce sont des segments régulièrement superposés et superposés les uns les autres par des lignes circulaires, des lignes d'amputation.

Au contraire les schémas qui résument les recherches de Head pour Marmesec (Lectures d'Anglologie, Semaine Médicale 1896) nous montrent sur le membre supérieur de longues bandes parallèles et allongées

dans le sens de l'axe du membre ; aux membres inférieurs leur direction générale est encore longitudinale, mais plusieurs d'entre elles se pénètrent en coin, et leurs lignes de séparation sont moins régulières. En somme, les descriptions que donne Head des segments métamériques de la surface cutanée ne diffèrent pas profondément des descriptions qu'ont données Allen-Star et Thornburn des territoires rhizomériques. Cela tient sans doute à ce que dans leurs recherches anatomo-cliniques, Allen-Star et Thornburn n'ont pas seulement considéré les cas où n'existaient que des lésions ganglionnaires ou des racines rachidiennes, mais ont tiré leurs déductions de cas mixtes intéressant à la fois la moelle et les racines.

Pour établir la délimitation des territoires métamériques cutanés, Head est parti de ce point, que les zones d'irradiations douloureuses, constatées dans diverses affections viscérales, résultaient d'un réflexe dont la cause excitatrice était l'organe malade et le centre un segment de la moelle. Chaque segment de la moelle constitue selon lui le centre d'un réflexe dont les points extrêmes sont un organe ou un segment d'organe et un territoire limité de la surface tégumentaire. Recherchant donc les zones d'irradiations douloureuses des différentes affections viscérales, il est arrivé à déterminer sur la surface cutanée des territoires qu'il regarde comme nettement limités et qu'il considère comme répondant aux dermatomères. Chacune de ces zones aurait

un maximum d'hyperesthésie, et ce serait là le siège de l'éruption zostérienne.

Ces vues de Head ont été acceptées par Constensoux dans la thèse qu'il soutint en 1899 sur la métamérie et les affections à disposition métamérique. Par contre, elles ont été vigoureusement combattues par M. Guillaïn dans la Revue de Médecine de 1901. Recherchant à son tour les zones d'irradiations douloureuses qui dépendent des affections viscérales, dans aucun cas cet auteur n'a pu retrouver les territoires cutanés délimités par Head. Il faut dire encore que Thornburn, Mackenzie en Angleterre n'ont pas toujours retrouvé les champs d'hyperesthésie qui avaient servi à Head pour établir sa topographie des territoires cutanés métamériques. Il en résulte donc, et c'est la raison pour laquelle nous avons insisté sur la façon dont elle fut établie, que la topographie des dermatomères telle que l'admet Head n'est pas rigoureusement fondée, et peut au moins prêter à la discussion.

Et cependant, des deux topographies que nous possédions des territoires Cutanés en rapport avec les segments métamériques de la moëlle, c'est de celle-là seulement que tend à se rapprocher la disposition des dermatoses linéaires. En effet, les dermatoses linéaires étant allongées suivant l'axe des membres ont une direction nettement opposée aux zones métamériques de Brissaud qui, comme nous l'avons vu, sont disposées par segments horizontaux régulièrement

superposés. Elles sont au contraire dirigées dans le même sens que les bandes métamériques décrites par Head. Mais là se bornent les rapprochements.

En effet, on peut adresser aux territoires myélomériques de Head la plupart des reproches que nous avons dû faire aux territoires rhizomériques et aux territoires nerveux périphériques dans leurs rapports avec la distribution des dermatoses en traînées linéaires ; la concordance n'est qu'exceptionnellement parfaite ; les dermatoses passent d'un territoire à l'autre sans s'interrompre au niveau des lignes qui les séparent. Sans doute l'altération de la moelle expliquerait mieux que l'altération d'un nerf périphérique ou d'une racine rachidienne la multiplicité des traînées de dermatose et leur symétrie parfois assez nette. Mais encore, s'il s'agissait de l'altération d'un segment métamérique de la moelle, pourquoi la disposition en traînées linéaires ? Il semble qu'au contraire le territoire cutané correspondant devrait être envahi totalement par l'affection cutanée. Et aussi pourquoi cette unilatéralité si fréquemment observée ? Il ne semble pas que les lésions de la moelle l'expliquent mieux que les altérations des nerfs périphériques et surtout des racines rachidiennes.

Peut-être, le plus grand nombre des critiques que nous adressons à cette théorie disparaîtraient-ils si la topographie des territoires myélomériques était mieux connue ! Mais nous devons ajouter que, la sclérodermie mise à part, il ne nous a pas été possible de découvrir une seule observation de dermatose linéaire où l'altéra-

tion de la moelle eût été anatomiquement constatée. Il est vrai qu'il s'agit là d'affections bénignes. Mais si, cliniquement, on a parfois soupçonné l'influence d'une altération médullaire comme cause directrice de la disposition en trainées des dermatoses — ce qui est très vraisemblable d'ailleurs — dans aucune des observations qu'il nous a été possible de consulter, nous n'avons pu constater aucun symptôme qui permit d'affirmer l'existence d'une lésion médullaire. Dans la sclérodermie, il est vrai, quelques faits de lésions spinales ont bien été signalés, mais, « ces lésions sont trop peu importantes, trop disparates ou trop inconstantes, pour qu'on puisse en faire état. » (*Lamy*).

}

4^o Rapports des dermatoses linéaires avec les lignes de Voigt

Philippson, en 1890, a émis, pour expliquer la disposition linéaire des nævi une hypothèse intéressante qui a été par la suite, appliquée à la pathogénie des autres dermatoses en trainées. D'après lui, les trainées næviques seraient en relation avec les lignes de Voigt, c'est-à-dire avec les lignes qui correspondent à la limite des territoires de distribution des nerfs périphériques voisins. A l'appui de sa théorie, il a signalé deux cas dans lesquels les nævi suivaient d'une façon rigoureuse le trajet de ces lignes. Peterson, Galensky, Torök ont défendu la

même opinion et ont apporté pour la soutenir d'autres observations. M. Hallopeau, dans sa leçon sur les nævi (Progrès Médical 1891- p. 17) reconnaît que cette coïncidence existe parfois et il cite comme exemples les moulages de nævi qui figurent au musée de l'hôpital St-Louis sous les n^{os} 1478-976 et 845. Dans son travail déjà cité sur les relations des nævi avec le système nerveux (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1898), Etienne a relaté quelques cas dont la disposition linéaire répondait assez bien aux lignes de Voigt. Cette concordance se rencontre encore dans quelques-unes des observations que l'on trouve recueillies dans le travail de MM. Balzer et Alquier sur les dermatoses linéaires (Archives gén. de méd. 1901).

Elle est manifeste dans plusieurs des observations que nous avons nous même recueillies. Au sujet de la malade de l'Obs. II, Strasser fait remarquer que quelques traînées næviques coïncident avec les lignes de Voigt. Il signale entre autres les deux traînées qui s'éloignant de l'occiput, où elles naissent, descendent symétriquement en arrière des oreilles et sur les parties latérales de la face postérieure du cou. Selon lui, elles cheminent entre les territoires du grand nerf occipital d'Arnold et des branches postérieures des 3^{me} et 4^{me} nerfs cervicaux en dedans, et les territoires des branches antérieures des 3^{me} et 4^{me} nerfs cervicaux (branche mastoïdienne et rameaux postérieurs de la branche sous-acromiale du plexus cervical superficiel) en dehors. Chez la même malade, la longue traînée nævique qui descend sur toute la lon-

gueur du membre inférieur gauche, chemine d'une façon assez exacte entre les territoires de l'obturateur et du petit sciatique (rameaux fémoraux) à la cuisse, et les territoires du saphène interne et des branches terminales du petit sciatique à la jambe. La ligne verruqueuse qui, prenant naissance à la commissure buccale droite, se porte en bas et légèrement en dehors, est presque tout entière située à la limite des territoires du nerf mentonnier en dedans et du rameau sensitif du nerf buccinateur, en dehors. Mais la coïncidence la plus frappante que l'on puisse constater chez cette malade est celle que l'on remarque au niveau de la ligne blanche : la traînée qui l'occupe chemine rigoureusement entre les territoires cutanés droit et gauche de la paroi abdominale que contribuent à innerver les 11^{me} et 12^{me} nerfs intercostaux ainsi que les rameaux abdominaux des grands abdominaux-génitaux.

La traînée verruqueuse dont est atteinte la malade de l'observation III est située d'une façon à peu près régulière entre les territoires droit et gauche des filets frontaux et nasaux des nerfs ophtalmiques; dans sa partie inférieure toutefois, elle s'écarte légèrement de la ligne médiane et se trouve sur le territoire du rameau nasal gauche.

Le nœvus que l'on voit chez la malade de Sprécher (Obs. IV) répond exactement dans sa partie supérieure à la limite des territoires des nerfs mentonniers droit et gauche; un peu plus bas, il chemine entre les territoires des rameaux sus-hyoïdiens des plexus superficiels; mais dans sa partie inférieure il s'éloigne de la ligne mé-

diane et répond au territoire du rameau cervical transverse du plexus cervical superficiel droit.

Notre malade de l'observation I présente aussi entre l'appendice xyphoïde et la symphyse pubienne une longue traînée nævique qui répond d'une façon assez exacte à la ligne de séparation des territoires nerveux limitrophes de la ligne blanche. Les deux lignes verticales qui l'accompagnent, puis la continuent dans sa partie inférieure, peuvent aussi être considérées comme situées à la limite de ces territoires. Chez cette malade aucune autre traînée verruqueuse ne nous a pas répondu d'une façon exacte aux lignes de Voigt.

Le nævus de notre malade (obs. V) répond, dans presque toute son étendue, aux lignes de Voigt. Sa partie supérieure est située sur la ligne blanche. A la jambe, dont il occupe la ligne médiane antérieure, il chemine tout d'abord entre les territoires du saphène interne en dedans et du cutané péronier (branche de sciatique poplitée externe) en dehors ; à la partie inférieure de la jambe et sur le dos du pied, il s'avance d'une façon non moins exacte entre les territoires du saphène interne en dedans et du musculo-cutané (rameau du sciatique poplitée externe) en dehors. Il nous a rarement été possible de voir les lignes de Voigt suivies d'une façon aussi régulière. Toutefois, la partie fémorale de cette traînée nævique est située en plein dans le territoire du crural.

La coïncidence avec les lignes de Voigt ne s'observe pas seulement dans les nævi ; les autres dermatoses li-

néaires répondent parfois aussi à la limite de deux territoires nerveux voisins. Il va nous être possible d'en donner quelques exemples. Reportons-nous à l'observation de psoriasis lichénoïde (Obs. XVIII) et considérons la longue traînée qui s'étend de l'ombilic au gros orteil. De l'ombilic à la racine de la verge, elle répond à la ligne blanche et avec elle à la limite des territoires des derniers nerfs intercostaux droits et gauches ; à la cuisse, elle correspond à la limite des territoires du petit sciatique et du nerf saphène interne ; enfin, au pied, à la limite des territoires du saphène externe et du plantaire interne. Toutefois sur un court trajet, de la racine de la verge au tiers supérieur de la cuisse elle chemine sur le domaine de l'obturateur.

L'eczéma dont est atteinte la malade de l'obs. XIX semble bien correspondre comme l'a fait remarquer Sternthal à la limite des territoires suivants : Circoñflexe et musculo-cutané d'une part, brachial cutané interne de l'autre ; plus haut, les deux branches divergentes semblent assez nettement en rapport avec les confins des territoires cutanés, innervés par les rameaux du plexus cervical superficiel.

La traînée d'eczéma lichénoïde qui, chez la malade de l'ob. XXI, s'étend à la face antérieure de la jambe gauche, du genou au gros orteil, est située, à part un léger empiètement vers sa partie moyenne sur le domaine du saphène interne en dedans, du cutané péronier et du musculo-cutané en dehors.

Dans l'observation XXIII, nous voyons une bande de

scélérodermie s'étendre sur la ligne médiane de la face depuis la pointe du nez jusqu'à 3 cent. au-dessus de la limite d'implantation des cheveux. Elle répond, comme nous l'avons déjà vu plus haut pour une disposition semblable d'une trainée norvique, à la limite des territoires droit et gauche des filets frontaux et nasaux des nerfs ophtalmiques. Il faut remarquer cependant que, dans sa partie inférieure, cette bande s'écarte légèrement de la ligne médiane et répond alors surtout à la partie interne du territoire du nasal gauche.

Dans les quelques observations de lichen que nous rapportons, nous n'avons pas constaté de coïncidence nette des trainées avec les lignes de Voigt. Mais celle-ci se rencontre dans cette variété de dermatose linéaire et MM. Balzer et Alquier en ont relaté quelques cas. (*Archives gén. de Méd.* 1901).

Il est donc exact que dans beaucoup de cas des dermatoses linéaires sont situées à la limite des territoires nerveux voisins. Doit-on conclure de cette coïncidence fréquente que la disposition en trainées des dermatoses soit soumise aux lignes de Voigt ? Le développement de ces trainées linéaires résulterait alors, comme le pense M. Hallopeau « de la superposition des actions tropho-névrotiques qui appartiennent aux rameaux anastomosés des nerfs périphériques voisins. »

Cette théorie est fort suggestive, d'autant plus qu'elle explique mieux que les précédentes l'étroitesse des trainées de dermatose. Cependant, un grave reproche peut lui être adressé ; elle n'explique pas tous les cas. Il

est en effet des trainées qui, comme nous l'avons vu, sont contenues tout entières ou presque dans un territoire nerveux périphérique ; les lignes de Voigt sont, alors non touchées par la dermatose. Il en est d'autres, et ce sont les plus nombreuses, qui répondent aux territoires cutanés de plusieurs nerfs ; les lignes de Voigt sont alors croisées. Il faut dire que, dans ces cas, l'angle de croisement est le plus souvent de faible ouverture, et il arrive que les dermatoses longent presque les lignes de Voigt. On pourrait donc se demander si le défaut de concordance n'est pas dû à des variations individuelles dans la distribution des nerfs périphériques, ou ne s'explique pas par notre ignorance de la distribution exacte de ces nerfs. Peut-être, mais il est reconnu par les anatomistes, qu'on ne trouve pas dans le système nerveux les anomalies parfois si considérables qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les systèmes artériels ou veineux, et il est admis que grâce à la dissection, aux recherches expérimentales et anatomo-cliniques, la distribution des nerfs périphériques est connue d'une façon que l'on peut regarder comme exacte. De sorte que, si l'hypothèse de Philipsson paraît assez vraisemblable pour expliquer, dans certains cas, la disposition en trainées des dermatoses, il n'est guère possible de la considérer comme pouvant rendre compte de cette disposition dans tous les cas.

III. Théorie des « Haarstrôme »

La distribution des poils à la surface du corps humain a été l'objet de recherches particulières de la part de Voigt, d'Eschérich et de quelques autres auteurs. Ces différents auteurs ont trouvé que les poils étaient implantés suivant des lignes dont la direction variait suivant les régions et ont donné à ces lignes le nom d'« Haarstrôme. »

Or, d'après Jadassohn, il y aurait une étroite relation entre les Haarstrôme et la disposition en trainées des dermatoses : les trainées linéaires seraient souvent disposées suivant les Haarstrôme et plus souvent encore suivant les lignes qui résultent de la rencontre d'Haarstrôme diversement dirigés. Jadassohn applique son hypothèse surtout aux nævi verruqueux linéaires ; mais, il admet que les Haarstrôme peuvent aussi diriger des dermatoses autres que les nævi.

N'ayant pu nous procurer les schémas de Voigt ni d'Escherich sur la disposition des Haarstrôme, il ne nous a pas été possible de rechercher par nous-même dans quelle mesure l'hypothèse de Jadassohn pouvait être appliquée aux observations que nous avons recueillies. Mais, si nous nous en rapportons aux auteurs de quelques-unes de ces observations, elle concorderait d'une façon assez satisfaisante avec la disposition de quelques trainées de nævi linéaires. « Si nous compa-

rons, dit Strasser, les trainées nœviques de notre malade (Obs. II) avec les schémas de Voigt et d'Eschérich, nous trouvons que plusieurs d'entre-elles coïncident d'une façon assez exacte avec la direction des Haarstrôme diversement dirigés. Il signale alors les coïncidences suivantes.

La trainée nœvique qui descend à la face postérieure du membre inférieur gauche répond à une ligne où aboutissent, d'une part, les Haarstrôme venant de la face postérieure du membre inférieur dirigés en bas et en dedans, et d'autre part, les Haarstrôme venant de la face interne et dirigés en bas et en arrière. Toutefois, vers le tiers inférieur de la jambe, cette ligne décrit un arc convexe en avant qui le rapproche de la crête tibiale et l'éloigne de la trainée nœvique. Il est à remarquer, que cette trainée nœvique a déjà été signalée comme répondant à une ligne de Voigt. Sa coïncidence avec cette dernière est même plus nette, car à la partie inférieure de la jambe, elle s'en écarte à peine, tandis que la ligne de rencontre des Haarstrôme décrit l'arc dont il est question plus haut.

La petite trainée verruqueuse qui, de l'angle interne de l'œil gauche se porte, légèrement sinuose, en haut et en dehors, répond exactement à la ligne de rencontre des haarstrôme venant d'une part de la partie médiane du front, d'autre part de sa partie latérale.

La trainée verruqueuse qui, prenant naissance un peu en dehors de l'appendice xyphoïde, se porte ensuite vers le côté interne du bras gauche, peut être regardée

comme dirigée, dans la plus grande partie de son étendue, suivant un haarstrôme, qui venant de l'aisselle se porte en bas et dedans vers la ligne médiane antérieure.

La traînée nœvique de la ligne blanche répond à la ligne de rencontre des haarstrôme des moitiés droite et gauche de l'abdomen et dont la direction est oblique en bas et en dedans. Mais, comme nous l'avons vu antérieurement, elle peut aussi être considérée comme répondant à une ligne de Voigt des plus manifestes.

La ligne verruqueuse très pigmentée qui chemine sur le côté gauche du cou correspond exactement à la ligne de convergence des haarstrôme de la face et du cou.

Une des coïncidences les plus frappantes des traînées nœviques avec les haarstromes est celle que l'on constate pour les trois arcs verruqueux, situés à la partie inférieure de la moitié gauche du thorax. Prenant naissance à la ligne médiane antérieure, ils se portent, comme nous l'avons vu, en haut et en dehors jusqu'à la ligne mamelonnaire où, changeant de direction, ils deviennent obliques en bas et en arrière, mais presque horizontaux sur la face postérieure du tronc. Ces trois arcs répondent rigoureusement à la direction des haarstrôme et l'angle ouvert en bas qu'ils forment au niveau de la ligne mamelonnaire s'explique fort bien en admettant l'hypothèse de Jadassohn. En effet, imaginons-nous, d'après Escherich une ligne allant du bord antérieur de l'aisselle à l'épine iliaque antéro-supérieure. (Cette ligne serait un peu plus externalisée, d'après Voigt. Sa situation serait d'ailleurs

variable suivant les individus; tantôt un peu plus externe, tantôt un peu plus interne.) Sur toute la hauteur de cette ligne naissent deux variétés d'Haarstrôme : les uns, antérieurs, se portent en bas et en avant vers la ligne médiane antérieure, les autres, postérieurs, horizontalement ou légèrement en bas et en arrière vers la ligne médiane postérieure. Il en résulte donc, au niveau de cette ligne, la détermination d'angles ouverts en bas et à ouverture variable suivant l'obliquité des Haarstrôme qui s'en échappent. Cette disposition des Haarstrôme au niveau du tronc répond exactement à la disposition qu'y affectent très souvent les traînées næviques, et il faut reconnaître que, dans aucune des hypothèses antérieurement exposées, nous n'avons trouvé une coïncidence aussi nette.

D'après les quelques exemples que nous venons de rapporter l'hypothèse de Jadassohn paraît applicable à un certain nombre de traînées næviques. Mais elle ne peut l'être à toutes, et de ce fait ne peut être acceptée d'emblée. Il est des cas, en effet, où les traînées verruqueuses ont une direction tout à fait différente des Haarstrôme et de leur ligne de rencontre. Sans doute on peut admettre des variations individuelles dans la disposition des lignes d'implantation des poils. Mais ces variations ont des limites et les schémas de Voigt et d'Eschérich sont assez concordants pour que la disposition des poils à la surface du corps soit considérée comme assez bien connue. De sorte que, à notre avis, si les Haarstrôme et leur ligne de rencontre paraissent

pouvoir intervenir dans la disposition en traînées linéaires des dermatoses, ils ne peuvent être regardés comme la cause unique de cette disposition.

On se demande d'ailleurs par quel mécanisme la direction des lignes d'implantation des poils pourrait influencer la disposition en traînées des dermatoses. A ce sujet, un point nous a particulièrement frappé dans les exemples que nous avons cités plus haut à l'appui de l'hypothèse de Jadassohn, c'est la coïncidence fréquente des lignes de rencontre des Haarstrôme avec les lignes de Voigt là où l'on constate des nœvi linéaires. Nous l'avons trouvée assez nette au membre inférieur, rigoureusement exacte à la ligne médiane antérieure. Cette coïncidence ne peut être regardée comme effet du hasard, et il faut bien qu'il y ait au niveau de ces lignes une cause prédisposant au développement des nœvi linéaires. Faut-il admettre avec M. Hallopeau une influence trophonévrotique ? Faut-il faire intervenir le simple fait de la rencontre des Haarstrôme ? Ces explications paraissent peu satisfaisantes. Il semble que la raison de cette coïncidence soit plus profonde. La théorie embryonnaire nous la donnera peut-être.

IV. Théorie embryonnaire

La théorie embryonnaire fait dépendre de la ségmentation métamérique primitive la disposition en traînées linéaires des dermatoses. Cette idée dominait déjà une

des théories nerveuses antérieurement exposées. Mais, contrairement à ce que nous avons vu alors, la théorie embryonnaire ne fait pas intervenir l'influence d'une altération des segments métamériques de la moelle. Elle a été appliquée surtout à la formation des nævi linéaires. Mais nous verrons comment elle a pu être étendue aux autres dermatoses en traînées. Elle a été défendue par Blachsko, Pécirka, Söllner, Kaposi.

D'après Blachsko, le point de départ de la formation nævique se trouve au niveau des lignes d'accolement, de soudure des départements métamériques de la surface sutanée : les dermatomères. Normalement, selon lui, c'est suivant ces lignes que commence la différenciation des divers éléments constitutifs du derme et de l'épiderme. De là, elle s'étend sur les dermatomères voisins. De plus, il se fait au niveau de ces lignes une prolifération plus active qu'au niveau des dermatomères, il s'y produit des bourgeonnements, des crêtes épithéliales. « Que si, dit Blachsko, pour un motif quelconque, un trouble se produit dans la formation de la peau, il est naturel que c'est au niveau de ces lignes d'accolement des dermatomères, centre de la prolifération et différenciation que se développera de préférence la malformation. » La malformation pourra rester limitée à un point de la ligne d'accolement, s'étendre sur toute la longueur de cette ligne, ou gagner en largeur les dermatomères voisins. Ainsi s'expliquerait ce fait que les nævi, quand ils sont étendus, sont souvent linéaires, revêtent parfois la forme d'une surface plus ou moins ré-

gulaire, et qu'après avoir été nettement linéaires, ils peuvent s'étendre en largeur et prendre l'aspect d'une bande plus ou moins large.

Cette théorie s'accorde bien avec l'idée de « malformation congénitale » que nous avons de la nature des nævi, et leur apparition tardive n'est pas un argument sérieux contre elle. Les nævi, en effet, à la façon des enchondromes, des kystes dermoïdes peuvent très bien sommeiller, exister à l'état latent durant une période parfois fort longue, et, à l'occasion d'une circonstance le plus souvent inconnue, se réveiller et s'accroître. Mais, pour bien juger de la valeur de cette théorie, il nous faudrait avoir une connaissance exacte de la délimitation des territoires cutanés métamériques. Or, nous savons combien sont discutés les schémas qu'a donné Head des dermatomères, et d'autre part les recherches faites sur l'embryon n'ont fourni que des renseignements peu précis, étant donné les modifications parfois considérables qui se produisent au cours du développement dans les rapports respectifs des différents dermatomères. Il est cependant des cas où la théorie embryonnaire paraît recevoir pleine satisfaction. En effet, la ligne blanche et la ligne médiane de la face sont des lignes d'accolement bien connues de départements cutanés métamériques ; comme ces lignes sont fréquemment le siège de ces traînées næviques, il est vraisemblable d'attribuer la formation de ces traînées à un trouble de développement embryonnaire. Il faut remarquer toutefois que ces lignes de soudure répondent aussi à des

lignés de rencontre d'Haarstrôme et à des lignes de Voigt manifestes ; mais l'hypothèse de Blachsko nous paraît plus acceptable en ces régions que les hypothèses de Philippson et de Jadossohn.

A côté de ces faits favorables à la théorie embryonnaire, il en est d'autres où la valeur de celle-ci peut être sérieusement mise en doute. En effet, certaines trainées verruqueuses siègent, comme nous l'avons vu, en plein territoire nerveux périphérique ; on ne peut dire dans ce cas que les trainées répandent aux lignes d'accolement des dermatomères. Kaposi, il est vrai, rapporte aussi ces faits à un trouble de développement embryonnaire. En effet parlant de ce fait que, pendant le développement embryonnaire tous les éléments constitutants des différentes parties du corps s'accroissent parallèlement, il arrive à conclure qu'« un trouble dans le développement d'une de ces parties devra nécessairement correspondre au trajet des nerfs, sans qu'il s'agisse nullement pour cela d'une trophonévrose ; il n'y aurait là qu'une simple concomitance sans relation de cause à effet. »

Cette opinion est peut-être vraie, mais elle ne nous donne plus l'explication de la disposition en trainées linéaires, et elle s'éloigne de la théorie de Blachsko, puisque Kaposi place en plein territoire cutané métamérique un trouble de développement que Blachsko localise à la ligne d'accolement de deux dermatomères voisins. D'autres trainées verruqueuses répondent aussi comme nous le savons, aux lignes de Voigt. Pécirka a

voulu expliquer aussi cette coïncidence par la théorie embryonnaire ; d'après lui, en effet, ces lignes ne seraient qu'une « manifestation de la segmentation primitive du corps, les nerfs périphériques conservant l'empreinte de la métamérie. » Peut-être, mais si, dans certains cas, les lignes de Voigt correspondent aux lignes d'accrolement des dermatomères, il en est d'autres où cette coïncidence manque totalement alors pourtant que ces lignes de Voigt sont le siège de traînées nœviques. Nous savons encore que les lignes de rencontre des Haarstrôme peuvent être le siège de traînées nœviques. D'après Blachsko, il n'y aurait rien d'étonnant à cette coïncidence, car ces lignes de rencontre répondent à des lignes d'accrolement de dermatomères. Pour le dire en passant, nous avons là, selon Blachsko, la raison de ce fait que les lignes de Voigt coïncident parfois avec les lignes de rencontre des Haarstrôme ; lorsque cette coïncidence existe, ces deux sortes de lignes correspondent aux lignes d'accrolement des dermatomères.

En somme, si la théorie embryonnaire semble, dans certains cas, donner la raison de la disposition en traînées linéaires des nœvi, elle ne paraît pas devoir être acceptée comme rendant compte de cette disposition dans tous les cas.

Quant aux dermatoses acquises, la possibilité d'une modification congénitale des téguments comme cause de leur disposition en traînées linéaires a été exprimée par M. Brocq à la Société française de dermatologie et de

syphiligraphie (10 mars 1898) à l'occasion d'une dermatose linéaire présentée par MM. Balzer et Mercier. « Il est possible, a-t-il dit, qu'il existe chez certains sujets des modifications congénitales de la peau telles, que certaines régions zoniformes des téguments soient en état de plus grande vulnérabilité d'une manière constante, peut-être même d'une manière transitoire, et que ce soit dès lors sur ce territoire que se développent de préférence certaines éruptions celles auxquelles le malade en question est prédisposé ou exposé. » Or, de même que les lignes d'accolement des dermatomères peuvent être le siège de traînées næviques, on peut admettre qu'elles puissent devenir aussi, par suite d'un trouble de développement, un lieu de moindre résistance, un point d'appel à une dermatose acquise. Cette hypothèse est vraisemblable. Par contre, pour les dermatoses acquises comme pour les nævi, leur disposition en traînées linéaires en plein dermatomère ne paraît pas pouvoir s'expliquer par un trouble de développement embryonnaire, car il faudrait savoir quelle cause dans ce cas a dirigé cette disposition. Ainsi, applicable à certains cas de dermatoses acquises, la théorie embryonnaire ne peut pas l'être à tous.

En définitive, aucune des théories actuellement existantes ne nous paraît expliquer d'une façon satisfaisante la disposition en traînées linéaires des dermatoses. A chacune d'elles semblent correspondre un certain nombre de faits ; un plus grand nombre lui échapp-

peut. Peut-être ne sont-elles pas inconciliables ! La disposition en trainées linéaires nous paraît en effet résulter de ce que chez certains individus les téguments présentent, soit d'une façon constante, soit d'une façon transitoire, en des zones répondant justement à la localisation de ces trainées, une moindre résistance, une plus grande vulnérabilité orientant suivant ces régions le processus novigène et les diverses dermatoses auxquelles le malade est prédisposé. La question est alors de savoir pourquoi cette moindre résistance suivant ces zones linéaires ? Il ne nous paraît pas invraisemblable d'admettre que diverses causes puissent la produire. Elle sera due dans certains cas à un trouble de développement, à des modifications congénitales des téguments, et dont la raison nous échappe, au niveau des lignes d'accrolement des départements cutanés métamériques ; d'autres fois elle pourra résulter d'une influence trophonévrotique dépendant d'une altération des nerfs périphériques, des racines postérieures ou de la moelle. Par suite d'une influence trophonévrotique à leur niveau, les lignes de Voigt pourront aussi, suivant l'opinion de M. Hallopeau devenir un point d'appel à la dermatose : ainsi s'expliqueraient les cas de dermatoses linéaires, répondant à des lignes de Voigt, non en rapport avec les lignes frontières des départements cutanés métamériques.

Ces théories ne nous paraissent cependant pas avoir une égale valeur suivant les dermatoses considérées, et il nous paraît utile de distinguer parmi les affections

cutanées pouvant affecter la disposition linéaire : les nævi et les dermatoses acquises. Nous faisons volontiers dépendre de la théorie embryonnaire la disposition en traînées des nævi. Cette théorie explique bien en effet leur apparition le plus souvent congénitale et l'absence de tout phénomène nerveux chez les malades qui en sont atteints. Sans doute, dans les cas à disposition bilatérale, où il n'est pas rare de constater une symétrie assez nette on ne peut s'empêcher de penser qu'une influence partie de la moelle a bien pu diriger cet arrangement ; on peut accuser alors une myélite intra-utérine n'ayant laissé d'autre vestige que la malformation cutanée ; mais l'existence de cette myélite est bien discutée et on n'en a jusqu'à maintenant aucune preuve. Sans doute encore, toutes les traînées næviques ne correspondent pas aux lignes d'accolement des dermatomères, mais ce reproche serait peut-être moins sérieux si la disposition des départements cutanés métamériques était mieux connu. Il semble au contraire qu'une influence nerveuse — périphérique — radiculaire ou centrale — ne puisse pas être étrangère à la disposition en traînées linéaires des dermatoses acquises. Le lichen, la névrodermite chronique circonscrite, les poussées de psoriasis et d'eczéma peuvent en effet apparaître à l'occasion d'un chagrin, d'une émotion, d'un choc moral. Il n'est pas rare de retrouver un tempérament nerveux aux malades qui en sont atteints. Les démangeaisons si vives de la sclérodermie, les démangeaisons à peu près constantes du lichen et celles qui ac-

compagnent si souvent le psoriasis quand il se dispose en traînées linéaires, semblent bien montrer que ces affections sont en rapport avec le système nerveux.

On peut aussi rattacher à une influence trophonévrotique l'aspect lichénoïde du psoriasis linéaire, et la déformation des éléments types du lichen quand il affecte la disposition en traînées. Tous ces faits, de même d'ailleurs que les lésions nerveuses constatées anatomiquement quelquefois dans le sclérodermie, ne prouvent cependant pas que le système nerveux intervienne seul pour diriger ces dermatoses suivant des traînées linéaires. Nous savons, en effet, combien de reproches on peut adresser aux diverses théories nerveuses. De sorte que, même quand il s'agit de dermatoses acquises, la théorie embryonnaire doit être prise aussi en considération.

Nous aboutissons ainsi, dans cette étude de la disposition en traînées linéaires des dermatoses à un électionisme auquel nous conduisent forcément les imperfections qui se remarquent dans les théories actuellement existantes et leur insuffisance à expliquer tous les faits.

CONCLUSIONS

1^o La disposition linéaire peut-être affectée par des dermatoses variées. Elle l'est assez souvent par les nævi, et surtout les nævi kératosiques ; on la trouve quelquefois dans le lichen et la névrodermite chronique circonscrite ; elle constitue une forme relativement fréquente de la sclérodermie ; elle existe, mais beaucoup plus rarement, dans l'eczéma et le psoriasis.

2^o En général facile, le diagnostic des dermatoses linéaires présentera parfois de sérieuses difficultés. L'apparition congénitale de la maladie permettra d'en établir la nature nævique ; mais les nævi pourront être tardifs, et des cas de lichen précoce ayant été constatés l'époque d'apparition de la dermatose ne sera le plus souvent que d'une faible valeur pour le diagnostic. L'examen clinique des lésions est plus important. Mais il peut arriver que les éléments se trouvent déformés au

niveau des traînées linéaires. Il faut alors rechercher les éléments aberrants soit au voisinage des traînées, soit en des points éloignés. Ces éléments auront le plus souvent conservé leurs caractères types, mais ils pourront manquer ou être aussi déformés. Dans ces cas, et aussi lorsque l'éruption sera mixte, l'évolution des lésions deviendra le meilleur élément de diagnostic. Dans certains cas enfin, l'influence du traitement tranchera un diagnostic hésitant.

3° Les dermatoses linéaires s'orientent, d'une façon générale, toujours de la même manière dans un régime déterminée ; elles sont longitudinales sur les membres, transversales ou obliques sur chaque miottié du tronc, verticales sur la ligne médiane.

4° Aucune des théories existantes ne nous paraît expliquer d'une façon satisfaisante la disposition en traînées linéaires des dermatoses. A chacune d'elles semble correspondre un certain nombre de faits ; un plus grand nombre lui échappe.

5° Peut-être ne sont-elles pas inconciliables ! La disposition en traînées linéaires des dermatoses nous paraît en effet résulter de ce que les téguments présentent suivant des zones linéaires, répondant à ces traînées, une moindre résistance qui appelle le processus nævigène et les diverses dermatoses auxquelles le malade est prédisposé. Or, il n'est pas invraisemblable que des causes différentes puissent produire cette moindre résistance. Elle sera due, dans certains cas, à un trouble de développement suivant les lignes d'accolement des dé-

partements métamériques cutanés ; d'autres fois, elle résultera d'une altération nerveuse périphérique, radiculaire ou médullaire, récente ou ancienne ; enfin, les lignes de Voigt, par suite d'une influence trophonévrotique à leur niveau pourront aussi devenir un point d'appel à la dermatose.

Vu : Le Président de Thèse :

WIDAL.

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEXANDER. — Nævus linearis unius lateris. — Arch. f. Dermat. Bd XXXV.
2. BALZER et MERCIER. — Trophonévrose lichénoïde en bande linéaire sur le trajet du nerf petit sciatique. Soc. de Dermat. — Séance du 10 mars 1898.
3. BALZER et ALQUIER. — Dermatoses linéaires. — Arch. gén. de Méd. 1901.
4. BALZER et LECORNU. — Psoriasis en bandes zoniformes et linéaires d'apparence lichénoïde. — Ann. de Dermat. et de Syphil. 1901.
5. BALZER et GUÉNIOT. — Contribution à l'étude des lichens linéaires. — Bull. de la Soc. de Dermat. 1909.
6. BARENSPRUNG. — Charite Annalen. 1863.
7. BLASCHKO. — VII Verhandlung d. Deutschen dermat. Ges. Breslauer Kongres. 1901.
8. BLASCHKO. — Archiv. f. Dermat. u. Syph. XXXII.
9. BESNIER. — Soc. fr. de Dermat. 10 mars 1898.

10. BROCOQ. — Soc. fr. de Dermat. 10 mars 1898
11. BROCOQ. — Notes sur la lichénification et les névrodermites chroniques circonscrites. — Ann. de Dermat. 1896.
12. BROCOQ. — Lichen et névrodermite circonserite. — Pratique Dermat. III.
13. BRISSAUD. — Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.
14. CARL BOHAC. — Beitrag z. Kenntniss des Nœvus syst. ichtyosiformis. — Dermat. Zeitschrift. 1907.
15. CALLOMON FRITZ. — Systemat. Nœvus mit strichf. Verlanfe in der medianlinie. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910.
16. CONSTENSOUX. — De la métamérie du système nerveux et des localisations métamériques. — Th.-Paris 1900.
17. DANLOS. — Lichen plan sur branche nerveuse. — Soc. de Dermat. 1898.
18. DJELELEDDIN MOUKTAR. — Semaine Médicale 1890.
19. ETIENNE. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1897.
20. ESCHERICH. — Arch. f. Anat. u. Physiol. 1837.
21. FOURNIER. — Ann. de Dermat. 1898.
22. GASNE et CHIRAY. — Bull. de la Soc. M. des Hôp. 1905.
23. GERHARDT. — Jahrbuch f. Kinderheilkunde IV. — 1872.
24. GRELAULT. Contribution à l'étude des dermatoses linéaires. — Paris 1901.

25. HALLOPEAU. — Nœvi keratopilaires distribués suivant des trajets nerveux. — Bull. de la Soc. clinique 1890.
26. HALLOPEAU. — Des nœvi. — Progrès Médical. 1891.
27. HALLOPEAU et JEANSELME. — Soc. Dermat. — 15 nov. 1894.
28. HELLER. — Atlas seltener Hautkrankheiten. — Lief XII,
29. JADASSHON. — Zur Kenntnis der syst. Nœvi. — Arch. f. Dermat. u. Syphilis XXXIII.
30. KAPOSI. — Vorlesung über Hautkrankheiten. 1894.
31. LANZ. — Nœvus unius lateris. — Arch. f. Dermat, XXVIII p. 420.
32. LELONG. — Th. de Paris. 1898. — Les nœvi systématisés dans leurs rapports avec le système nerveux
33. LINDSTROM. — Comptes-rendus du 13^e Congrès international de Moscou. — 1897.
34. MIBELLI. — Névrodermite chronique linéaire. — Monatschriften für prat. Dermat. 1904.
35. MARINESCO. — Lettres d'Angleterre. — Semaine Médicale 1896.
36. PHILIPPSON. — Monatshefte f. prat. Dermat. XI. 1890.
37. STRASSER. — Nœvus systematisierter. — Arch. f. Dermat. u. Syst. 1903.
38. SPRECHER. — Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1901.

39. STERNTHAL. — 2. Congrès de Dermat. — allemande. — Strasbourg 1898
40. THIBIERGE. — Psoriasis avec localisations suivant des sphères de distribution nerveuse. — Soc. franç. de Dermat. 1898.
41. VOIGT. — Über der Richtung der Haare an menschlichen Körper. 1857.